

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

L'EMPLOI DES INJECTIONS DE SÉRUM SALVARSANISÉ « IN VITRO » ET « IN VIVO » SOUS L'ARACHNOÏDE SPINALE ET CÉRÉBRALE DANS LE TABES ET LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par

G. Marinesco et J. Minea

(Travail de la clinique des maladies du système nerveux de l'hôpital Pantélimon)

I

Dès l'année 1911 (1), nous avons utilisé comme moyen thérapeutique le sérum des sujets syphilitiques traités par le salvarsan, injecté dans la cavité arachnoidienne de sujets porteurs de lésions syphilitiques de la moelle épinière. Soit que ce sérum contienne une certaine quantité d'arsenic ou bien des antitoxines qui se sont formées dans le sang des malades traités par l'arsénobenzol, toujours est-il que ce traitement a été suivi de bons résultats dans quelques cas de syphilis de la moelle épinière et dans un cas de crises gastriques tabétiques.

Malheureusement, nous n'avons pas pu continuer nos recherches. En 1913, M. Robertson (2) a employé le même traitement dans quelques cas de paralysie générale et malgré que les malades n'aient été suivis que pendant un temps relativement court, il aurait observé de l'amélioration dans 50 % des cas. Cette méthode a été ensuite utilisée sur une échelle beaucoup plus étendue par deux auteurs américains, MM. Swift et Ellis (3), qui ont fait leurs recherches dans l'hôpital de l'Institut Rockefeller. Les auteurs américains veulent bien reconnaître que c'est l'un de nous (G. Marinesco) qui a recommandé et employé pour

(1) G. MARINESCO. a) Sur quelques résultats obtenus par le « 606 » dans le traitement des maladies nerveuses, *Presse médicale*, n° 8, 28 janvier 1914.

b) Alcuni studi di seroterapia antisifilitica, *Riforma medica*, anno XXVII, n. 1.

(2) G. M. ROBERTSON, *Edinburgh med Journ.* 1913, IX, 428.

(3) SWIFT u. ELLIS, Die Kombinierte Lokal- und Allgemeinbehandlung des syphilis des Zentralnervensystems, *Münch. Medizin Wochenschr.*, n° 36 et 37, 9 et 16 septembre 1913.

la première fois le sérum salvarsanisé *in vivo*, dans le traitement des affections syphilitiques du système nerveux en injections intra-arachnoïdiennes.

Ces auteurs ont fait usage de la technique suivante : une heure après l'injection intraveineuse de salvarsan, ils ont recueilli 40 centimètres cubes de sang et après coagulation l'ont centrifugé. Le jour suivant, ils ont ajouté à 12 centimètres cubes de sérum, 18 centimètres cubes d'une solution physiologique de chlorure de soude et ce mélange a été chauffé pendant une demi-heure à 56°. Ils ont injecté une certaine quantité de ce sérum dilué dans le canal arachnoïdien des tabétiques, dans des cas de syphilis cérébro-spinale et de paralysie générale. Chez quatre malades tabétiques, ils ont fait usage seulement de ce sérum salvarsanisé, tandis que chez d'autres ils ont associé à ce traitement les injections intraveineuses de salvarsan. Les auteurs ont constaté, à la suite de ce traitement, une amélioration des phénomènes cliniques, un changement dans le nombre des leucocytes, et une modification favorable des quatre réactions. Dans l'autre cas, ils ont combiné le traitement arachnoïdien de sérum salvarsanisé avec les injections intraveineuses de néosalvarsan et, en général, ce traitement prolongé pendant longtemps a été suivi de résultats favorables dans la syphilis cérébro-spinale, dans le tabes et dans deux cas de paralysie générale. Malgré les bons résultats obtenus par les auteurs américains à l'aide de la méthode que nous avons utilisée pour la première fois, MM. Swift et Ellis ne pensent pas qu'on doive se priver des autres procédés de traitement qui ont montré leur efficacité, mais ils la recommandent comme un moyen précieux pour combattre les affections graves du système nerveux.

En dehors de cette méthode d'injections de sérum salvarsanisé dans le canal arachnoïdien, plusieurs auteurs ont eu recours à l'injection de néosalvarsan dans le canal arachnoïdien de sujets atteints de syphilis du système nerveux, telle qu'elle a été pratiquée par Wechselmann (1). En partant de l'idée que les lésions syphilitiques du système nerveux sont réfractaires aux injections sous-cutanées ou intraveineuses, Wechselmann a injecté du néosalvarsan dans le canal arachnoïdien de quatre malades à la dose de 1 à 3 milligrammes. Dans un cas de paralysie générale, il a observé une amélioration sensible; chez un autre il y a eu une réaction fébrile. La même méthode appliquée par nous-mêmes (2) au traitement de quelques cas de syphilis médullaire et de paralysie générale a exercé chez les premiers une action assez favorable tandis que chez les paralytiques généraux nous avons eu à enregistrer plutôt des résultats fâcheux, tels que des troubles de la miction, nécessitant la cathétérisme, paralysie des membres inférieurs, troubles de la sensibilité, etc. C'est pour cette raison que nous nous sommes adressés de nouveau à l'injection de sérum salvarsanisé *in vitro* et à partir du mois de mai nous avons soumis à ce traitement un assez grand nombre de paralytiques généraux et de tabétiques. Pendant ce temps la question du traitement des affections parasymphilitiques par les injections de néosalvarsan dans le canal rachidien et par le sérum salvarsanisé a été discutée à la *Société des Hôpitaux* et plusieurs auteurs ont apporté quelques documents intéressants à cet égard. C'est ainsi que MM. A. Marie et Levaditi (3)

(1) WECHSELMANN, *Deutsche medizin Wochenschrift*, 1912, 1^{er} août.

(2) G. MARINESCO, Behandlung syphilitischer Erkrankungen des nervensystems mittels intra-arachnoidealer Injektion von neosalvarsan, *Zeitschrift für physikalische und diätetische Therapie*. 1913, Bd XVII.

(3) A. MARIE et C. LEVADITI, Essais de traitement de la paralysie générale par application de néosalvarsan dans le canal rachidien, *Soc. méd. des Hôpitaux*, séance du 28 novembre 1913.

ont injecté chez 14 paralytiques généraux du néosalvarsan dissous dans l'eau distillée, dans la cavité arachnoïdienne. Après avoir enregistré des accidents divers et une mortalité assez grande, les auteurs concluent que si, à certaines doses relativement considérables, le néosalvarsan, appliqué par la voie rachidienne, dans la paralysie générale, est supporté sans accidents fâcheux, en échange il ne paraît pas exercer une influence nettement favorable sur l'évolution des signes physiques de la maladie. L'amélioration ou l'état stationnaire prolongé n'intéresse que les fonctions psychiques. Certains malades agités se calment sous l'influence du traitement et le paralytique des asiles est transformé en malade pouvant être hospitalisé dans les hôpitaux.

L'insuccès relatif de ce procédé thérapeutique nous semble dû, disent les auteurs, à ce que le médicament, introduit dans la région lombaire du canal rachidien, n'arrive pas au niveau de la corticalité cérébrale, là où les spirochètes pullulent et engendrent des lésions.

Ravaut (1), en faisant usage d'une solution hypertonique représentant 3 milligrammes par goutte d'eau qu'il injectait dans la cavité arachnoïdienne après avoir aspiré un peu de liquide rachidien dans la seringue, n'a observé qu'un seul accident sérieux.

Cet auteur a pratiqué chez 9 malades 63 injections. La dose optima tolérée a été de 6 milligrammes. Chez tous les malades dont l'état s'est amélioré par ces injections, les symptômes cliniques et les réactions rachidiennes ont évolué parallèlement.

Les résultats sont donc d'autant meilleurs que les lésions sont plus récentes et que la syphilis est plus jeune. Au traitement arachnoïdien, l'auteur a associé les injections intraveineuses.

A l'occasion de la communication de Ravaut, M. Sicard communique qu'il ne croit pas avoir été aussi heureux que M. Ravaut dans ses essais de traitement sous-arachnoïdien par le néosalvarsan. « Du reste, dit-il, comme chez la plupart de ses malades, j'ai employé concurremment la voie intraveineuse en même temps que la voie sous-arachnoïdienne, ce qui fausse les données d'appréciation. »

Peu de temps après, MM. Jeanselme, Vernes et Marcel Bloch (2), en injectant dans la cavité arachnoïdienne 5 centimètres cubes d'eau distillée contenant 5 milligrammes de néosalvarsan, n'ont jamais eu de poussée de méningite inflammatoire; bien plus, l'étude en série du liquide céphalo-rachidien traité par l'injection montre chez quelques malades une baisse remarquablement rapide du taux leucocytaire et une tendance à l'abaissement du taux de l'albumine. L'emploi de ce traitement trop récent ne permet pas encore de rien préjuger en ce qui concerne une amélioration clinique possible.

A cette occasion, M. Sicard fait remarquer : 1° Chez les paralytiques généraux non traités, on peut toujours mettre en évidence la double réaction : rachidienne et sérique. Après traitement intensif, la réaction sérique peut être réduite et devenir négative, la réaction rachidienne reste irréductible.

2° Chez les tabétiques non traités, la réaction peut à la fois faire défaut, quoique très rarement, dans le sérum et le liquide rachidien. Quand la réaction

(1) RAVAUT, Les injections intrarachidiennes de néodioxydiamidoarsénobenzol dans le traitement de la syphilis nerveuse, *Soc. méd. des Hôpitaux*, séance du 5 décembre 1913.

(2) MM. JEANSELME, VERNES et MARCEL BLOCH, Réactions humérales dans la paralysie générale et le tabes. Injections intrarachidiennes de néosalvarsan, *Presse médicale*, mercredi 17 décembre 1913.

existe, le traitement peut la réduire aussi bien dans le sang que dans le liquide rachidien, mais plus difficilement dans celui-ci que dans celui-là.

Dans la séance du 13 décembre de la *Société de Biologie*, Levaditi, A. Marie et de Martel rapportent l'observation de deux malades atteints de paralysie générale, soumis à l'injection de sérum de lapin salvarsanisé *in vivo* sous la dure-mère cérébrale. Ces auteurs ont noté chez leurs malades une amélioration sensible.

Presque en même temps, nous avons communiqué à la Réunion biologique de Bucarest (séance du 18 décembre 1913), communication enregistrée par erreur dans la séance du 1^{er} janvier 1914, une note sur l'emploi des injections de sérum salvarsanisé *in vivo* et *in vitro*, sous l'arachnoïde spinale et cérébrale dans le tabes et dans la paralysie générale. Dans deux cas d'injections de sérum salvarsanisé *in vitro* sous la cavité arachnoïdienne du cerveau de paralytiques généraux, à l'aide de la ponction cérébrale telle qu'elle a été pratiquée par Neisser-Polak, nous n'avons constaté que chez l'un une légère amélioration de l'état mental malgré que les malades aient été suivis pendant plus de six mois après l'opération.

Chez deux paralytiques généraux, Sicard et Lapointe ont pratiqué une petite brèche osseuse dans la région antérieure et de chaque côté du crâne. Par cette minime brèche osseuse, que l'on pourrait au besoin faire à la main, sans anesthésie générale, à l'aide d'un perforateur simple, les auteurs ont pu injecter du sérum artificiel à la dose de 5 centimètres cubes (eau chlorurée à 5 ‰) à une profondeur cérébro-frontale d'un centimètre environ, et cela afin de déterminer des troubles de la perméabilité pré-mérienne cérébrale et de permettre ainsi au salvarsan injecté le lendemain par voie veineuse d'arriver plus aisément au contact des spirochètes. Dans ces conditions, s'étant assurés que chez leurs paralytiques généraux l'injection sous-arachnoïdienne cérébrale et même intracortico-cérébrale frontale d'eau chlorurée à 5 ‰ n'était accompagnée d'aucune douleur, même la plus minime, n'était suivie d'aucune réaction clinique, même après répétition des injections (l'un des malades a reçu, à quatre jours d'intervalle, trois injections dans le cortex frontal, soit à droite, soit à gauche, sans autre réaction consécutive qu'une légère ascension thermique de 8/10, et continuait à manger, à écrire et à se promener comme auparavant), Sicard et Lapointe ont pratiqué des injections sous-arachnoïdiennes cérébrales de 1/10 de milligramme de cyanure de mercure dissous dans 5 centimètres cubes d'eau chlorurée à 5 ‰. Celles-ci ont été bien supportées.

Dans la séance suivante, M. Sicard (1) montre, en son nom et au nom de M. Reilly, un homme atteint de paralysie générale, chez lequel, grâce à une instrumentation spéciale, il a injecté directement sous l'arachnoïde cérébrale des doses minimes de néodioxydiamidoarsénobenzol (0 gr. 002 à 0,003 milligrammes). Ces injections, pratiquées sous anesthésie locale, ont été parfaitement tolérées et paraissent avoir amélioré légèrement l'état du malade.

Nous signalerons ensuite les essais de M. Bériel (2), de Lyon, qui a utilisé la ponction des espaces encéphaliques par la fente sphénoïdale pour traiter, par application directe, la paralysie générale. Dans deux observations, la marche

(1) MM. SICARD et REILLY, Craniocentèse et injections sous-arachnoïdiennes. *Société méd. des Hôpitaux*, séance du 19 décembre 1913.

(2) L. BÉRIEL, Note pour servir à l'étude des injections arachnoïdiennes dans la syphilis nerveuse : injections lombaires et injections intracrâniennes. *Société méd. des Hôpitaux*, séance du 26 décembre 1913.

de la maladie a paru subir une aggravation du fait des injections. Il faut tenir compte, d'ailleurs, qu'il s'agissait de cas déjà anciens; les malades étaient sur le point d'être transférés à l'asile : tous deux présentaient un peu de délire avec de la démence manifeste.

Il est à noter que chez le premier, ni une première injection de 0 gr. 04, ni une seconde de 0 gr. 02, n'ont donné de réaction fébrile (chez le second, la température n'a pu être prise).

Avant de terminer l'historique de cette question, nous devons rappeler qu'au *Congrès de Psychiatrie des Neurologistes*, tenu à Iéna, les 1^{er} et 2 novembre 1913, M. Förster, de Berlin, dit avoir injecté sous la cavité arachnoïdienne du cerveau et une partie dans les ventricules des paralytiques généraux, 20 centimètres cubes de leur propre sérum. A cette occasion, M. Kleist rappelle nos recherches et soutient qu'il faut renoncer aux injections de néosalvarsan dans la cavité arachnoïdienne lombaire. Pour que cet historique soit complet nous devons ajouter que E. Horsley, déjà, en 1910, a recommandé de traiter la syphilis cérébrale par l'intervention chirurgicale et des lavages de sublimé, que Wechselsmann a fait des injections de néo-salvarsan dans le cerveau de chien (1911) et que Parhon, Urechia et Tuya, en 1912, ont exprimé l'opinion que pour apporter la substance active en contact direct avec la substance du cerveau dans la paralysie générale on pourrait avoir recours aux injections sous la dure-mère cérébrale.

Dans toutes nos expériences, nous avons employé comme véhicule du néo-salvarsan le sérum propre du malade ou bien parfois le sérum d'un sujet normal, qui, après avoir été inactivé, a été mis à l'étuve en y ajoutant une quantité donnée de néosalvarsan, suivant la dose que nous voulions injecter au malade.

Nous devons ajouter que le sérum salvarsanisé *in vitro* immobilise plus rapidement le tréponème pâle que le sérum salvarsanisé *in vivo*, ainsi que nous avons pu nous en convaincre par quelques expériences que nous avons entreprises avec M. Stanesco.

II

Nous avons soumis à ce traitement 19 cas de syphilis du système nerveux, parmi lesquels se trouvent 15 cas de tabes, 3 cas de syphilis médullaire, dont l'un se présente sous l'aspect d'atrophie musculaire du type Aran Duchenne, dû à une méningo-myélite spécifique cervicale; un second présente des phénomènes de paralysie spasmodique, et chez un troisième il y a une tétraplégie. Chez deux autres, en dehors de la céphalalgie violente, la lymphocytose et la réaction des globulines, il n'y a pas d'autres symptômes appréciables. Le cas de paralysie spasmodique s'est fortement amélioré antérieurement à la suite d'une injection d'arsénobenzol. Sept tabétiques ont reçu quatre injections de sérum salvarsanisé *in vitro* sous l'arachnoïde spinale, à la dose de 6, 9, 10 et 12 milligrammes, tous les 5 à 6 jours; quatre autres tabétiques ont reçu trois injections dans les mêmes conditions : deux autres, deux injections, et enfin, deux derniers, une seule. La malade atteinte d'atrophie du type Aran-Duchenne d'origine syphilitique a reçu également quatre injections, et sur les quatre derniers malades il y en a un (syphilis latente avec céphalalgie violente et lymphocytose abondante) qui a reçu trois injections; les malades avec tétraplégie et paraplégie syphilitique, deux injections, et le dernier avec irritation syphilitique

des méninges, sans signes cliniques du côté de la moelle, n'a reçu qu'une seule injection. Tous ces dix-neuf malades ont généralement assez bien supporté leurs injections et nous n'avons observé des conséquences fâcheuses que chez un seul tabétique qui avait déjà auparavant des troubles de la miction, et chez lequel après l'injection il s'est produit une rétention permanente d'urine pour laquelle on a été obligé de le sonder régulièrement. Ces soins n'ont pas empêché l'infection urinaire, le malade est devenu cachectique et est mort 23 jours après. Chez tous les autres malades, sauf chez un seul, il n'y a pas eu d'élévation de température après l'injection, et même chez celui-ci la fièvre n'a duré que 24 heures. Mais un bon nombre de malades se sont plaints après l'injection d'une sensation de froid aux membres inférieurs et de douleurs fulgurantes après.

Sur les cinq malades atteints de syphilis de la moelle épinière, un seul a présenté des phénomènes de rétention urinaire.

Donc, les troubles enregistrés chez nos 19 malades, après l'injection intra-arachnoïdienne de sérum salvarsanisé, se résument principalement dans la rétention d'urine chez deux d'entre eux et dans le réveil des douleurs fulgurantes chez quelques tabétiques.

Quelques tabétiques ont tiré un certain bénéfice du nouveau traitement. C'est ainsi que chez deux malades, atteints d'arthropathie tabétique nous avons remarqué une diminution très manifeste de la grosseur du genou et un abaissement de température au niveau de l'arthropathie. L'anesthésie vibratoire, qui est constante, ainsi que nous l'avons montré autrefois, au niveau de l'arthropathie, a diminué également. Sur les onze malades restants, six n'ont pas été modifiés d'une façon sensible, mais par contre nous avons constaté chez les cinq autres une amélioration intéressant les troubles de la marche, l'hypotonie, les troubles de la miction et ceux de la sensibilité, surtout vibratoire; l'anesthésie s'est transformée en hypoesthésie. L'état des réflexes tendineux a été le même qu'avant le traitement, de même le signe d'Argyll qui n'a pas paru se modifier. L'amélioration de la marche chez deux de nos malades, sans être très considérable, leur a cependant permis d'avancer sans canne, malgré quelque incertitude. Il nous a semblé également que l'hypotonie s'est aussi améliorée.

Comme on le voit, l'injection de sérum salvarsanisé *in vitro* donne des résultats autrement favorables que l'injection du même médicament dissous dans du sérum physiologique, malgré que nous ayons injecté des doses presque doubles et répétées à plusieurs reprises. Puis, les malades ont supporté plus facilement les injections suivantes, c'est-à-dire que les douleurs fulgurantes qui apparaissaient après la première ne se sont pas répétées après les autres. Cependant il faut laisser s'écouler entre deux injections un laps de temps d'au moins sept jours, parce que nous avons cru remarquer que si on rapproche cet intervalle, on peut provoquer des douleurs et une certaine faiblesse.

Les améliorations évidentes et incontestables dont nous avons parlé sont peut-être supérieures à celles que donne le traitement par les injections mercurielles ou les injections intra-veineuses de néosalvarsan; néanmoins, elles n'en diffèrent que par le degré. Il est bon cependant d'ajouter que nous devons exprimer une certaine réserve à propos de la valeur et de la durée des améliorations constatées, étant donné que nous n'avons pu suivre nos malades que pendant un laps de temps relativement court, c'est-à-dire trois à six semaines. C'est là une lacune que nous allons combler avec le temps. Il est possible qu'en continuant le traitement pendant plusieurs mois et qu'en le combinant avec des injections intra-veineuses, nous ayons encore de meilleurs résultats. Mais, nous avons la

conviction que, prenant en considération les lésions histologiques des cas de tabes avéré, on ne peut pas espérer une guérison de ces lésions anatomiques et la disparition complète de tous les symptômes qui caractérisent la maladie de Duchenne. Du reste, nous reviendrons sur cette question après avoir discuté le traitement de la paralysie générale par la même méthode.

Pendant que nous faisons nos recherches sur la présence des spirochètes dans le cerveau des paralytiques généraux à l'aide de la ponction du cerveau effectuée d'après le procédé de Neisser-Polak, qui nous a permis de déceler la présence de ce parasite dans plusieurs cas de paralysie générale, nous avons eu l'idée d'introduire chez deux malades du sérum salvarsanisé *in vitro* sous la cavité arachnoïdienne du cerveau. Ces malades ont reçu chacun 20 centigrammes de néosalvarsan dissous dans 2 centimètres cubes de sérum, qu'on a injecté aux environs de la partie moyenne de la II^e frontale gauche. Tous deux ont eu des attaques épileptiformes quelques heures après l'injection. Malgré que nous ayons pu suivre ces deux malades pendant 6-7 mois, puisque la ponction a été pratiquée chez l'un au mois de juin, chez l'autre au mois de juillet, nous n'avons constaté qu'une légère amélioration de l'état mental chez l'un, tandis que, chez l'autre, la maladie n'a fait que progresser. Voici, du reste, l'observation résumée de ces deux malades :

Le premier, âgé de 35 ans, a eu, il y a douze ans, un chancre syphilitique qu'il a traité d'une façon insuffisante. Marié à l'âge de 25 ans, n'a pas eu d'enfants. Depuis cinq ans il a remarqué que sa parole était un peu embarrassée, que sa mémoire faiblissait petit à petit, raison pour laquelle il a été congédié de son service. Puis, il est apparu des tremblements des membres et son entourage a remarqué qu'il était devenu irritable et même violent. En 1914, il entra à l'hôpital Pantélimon, où l'on a constaté un embarras caractéristique de la parole, des troubles de la mémoire et de l'écriture ; le malade omet des syllabes et des lettres. Il a les pupilles inégales, réagissant mal à la lumière. Wassermann positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, lymphocytose abondante. En 1910, il a été traité avec des injections intra-arachnoïdiennes de néosalvarsan telles qu'elles ont été préconisées par Wechseltmann. Après la première injection, le malade a eu de la céphalalgie, des vomissements et après la seconde injection, de la rétention d'urine, de l'anesthésie et de l'hypoesthésie dans la région génitale et, plus tard, des troubles dans la marche et Babinski bilatéral. Tous ces troubles se sont amendés par la suite. Au mois de mai de l'année dernière, en pratiquant la ponction du cerveau pour la recherche des tréponèmes dans l'écorce, nous avons eu l'idée d'injecter dans l'arachnoïde cérébrale de ce malade du néosalvarsan. La quantité de médicament a été de 20 milligrammes et la ponction a été pratiquée du côté gauche à 8 centimètres de l'arcade orbitaire. Quelques heures après l'injection, le malade a eu une attaque épileptiforme, de courte durée, qui s'est répétée le lendemain. Malgré que nous ayons pu suivre ce malade pendant plus de six mois, nous n'avons pas constaté d'amélioration ni des troubles psychiques ni des troubles somatiques.

Un second malade atteint de paralysie générale confirmée a été soumis au mois de juin dernier au même traitement.

Voici en quelques lignes son observation : il s'agit d'un cordonnier, âgé de 30 ans, qui a eu, il y a six ans, un chancre induré suivi six mois après de roséole syphilitique. Le traitement n'a consisté qu'en quelques frictions mercurielles. Au commencement de l'année 1913, le malade a eu, dans la rue, une attaque épileptiforme, avec perte de connaissance, et à son réveil, la moitié gauche du

corps était paralysée, paralysie qui a disparu après quelques heures. Il a constaté en même temps que son caractère est devenu irritable, que ses mains ont commencé à trembler et que la parole est devenue difficile. Entré dans le service au commencement du mois de juin, on constate chez lui des troubles somatiques et psychiques, de la paralysie générale au début. En plus, quelques signes de tabes, tels que douleurs fulgurantes, abolition des réflexes achilléens; les signes de Romberg et de Westphal sont également présents. Les pupilles sont égales mais réagissent mal à la lumière. Tremblement accentué des mains, des muscles de la face et des lèvres, embarras de la parole, émotivité, diminution de la mémoire, de l'attention, troubles du calcul élémentaire. Il n'est pas en état de compléter un dessin élémentaire ou bien des mots ou des phrases auxquels il manque une syllabe ou un mot. Le 20 juillet, on pratique chez lui une injection sous-arachnoidienne au niveau de la partie moyenne de la 11^e frontale, avec 20 milligrammes de néosalvarsan dissous dans 2 grammes de son sérum. Après l'injection, le malade n'a éprouvé aucun trouble, n'a pas eu de fièvre, mais, après trente-six heures, il a eu un accès épileptiforme. Examiné à différents intervalles après l'injection, nous n'avons constaté chez lui aucun changement manifeste ni des troubles somatiques ni de son état mental. Peut-être fait-il un peu moins de fautes dans le calcul. La réaction de Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-rachidien n'a pas été modifiée.

Comme chez ces deux malades, la quantité de véhicule (sérum du malade dans lequel on a fait dissoudre le néosalvarsan) a été trop petite et l'injection pratiquée seulement d'un côté du cerveau; nous avons eu recours à des quantités plus grandes de sérum que nous avons injectées des deux côtés. Le sérum a été inactivé et le contact du sérum et du néosalvarsan a été d'une demi-heure ou bien trois quarts d'heure à 37°.

En dehors de ces deux malades atteints de paralysie générale, tous les autres, au nombre de 17, atteints soit de paralysie générale simple, soit de tabo-paralysie, ont été soumis à l'injection sous l'arachnoïde cérébrale de sérum salvarsanisé *in vitro*. Cette fois, le sérum a été injecté des deux côtés, toujours à une distance de 8 centimètres du bord orbitaire, et, parmi les 17 malades, il y avait trois femmes. La plupart du temps les malades ont très bien toléré la ponction bilatérale et parfois on n'a pas même appliqué de pansement. Cependant deux d'entre eux ont présenté des attaques épileptiformes passagères et chez un troisième on a constaté, après 24 heures, une monoplégie gauche avec contractions rythmiques du même côté et quelques attaques épileptiformes. Chez tous les trois les attaques ont disparu, ne se sont plus répétées et chez le dernier la monoplégie s'est améliorée au point qu'après six jours, elle n'existait plus. Pour nous rendre compte des modifications survenues chez nos malades à la suite du traitement, nous allons envisager l'état psychique, l'état des réflexes, l'état général et les signes moraux. En ce qui concerne les troubles psychiques, il ne suffit pas de nous confier à nos impressions subjectives, mais il faut avoir recours à différentes méthodes objectives d'analyse qui nous permettent de nous faire une idée plus exacte du déficit mental. C'est pour cela que nous avons compté le nombre des mots qu'ils ont pu trouver pendant trois minutes et que nous avons fait exécuter les mêmes calculs avant et après l'opération. Nos malades ont encore complété des phrases ou des figures d'après les procédés d'Ebbinghaus et de Heilbronner. Pour les troubles de la mémoire, nous nous sommes servis de la méthode de Viereke. Sur les treize malades qui ont subi l'injection bilatérale avec 10 milligrammes de néosalvar-

san de chaque côté dissous dans 4 grammes de sérum inactivé, nous avons constaté après un mois de traitement une certaine amélioration de l'état psychique chez quatre d'entre eux, c'est ainsi que ces derniers ont pu trouver plus de mots pendant trois minutes qu'ils ne le pouvaient avant l'intervention thérapeutique; la mémoire de fixation s'est quelque peu améliorée et ils exécutent avec plus d'exactitude certains calculs élémentaires. Le tremblement de l'écriture est moins accusé et l'embarras de la parole a diminué chez deux malades.

Si on essaie de faire l'analyse des résultats que nous avons obtenus avec les injections sous-arachnoïdiennes de néosalvarsan dans le traitement de la paralysie générale, nous constatons: 1° Dans quatre cas sur dix-neuf, nous avons eu à enregistrer, après l'injection: des complications, telles que des attaques épileptiformes dans trois cas, et dans le quatrième une monoplégie brachiale avec spasme rythmique du bras gauche. Nous devons remarquer que dans ces cas la dose de médicament n'était pas trop forte, car nous avons injecté d'un côté seulement 20 milligrammes dans le cerveau et nous attribuons ces accidents au traumatisme produit par l'injection. Ce qui nous confirme dans cette opinion c'est que nous avons pu injecter chez d'autres malades une dose de 95 milligrammes répartis des deux côtés, sans inconvénient sérieux. Sur les autres quinze cas, il n'y a que dans quatre qu'on puisse parler d'une amélioration des troubles psychiques, les autres sont restés stationnaires. Il est vrai que nous n'avons pas pu suivre nos cas pendant assez longtemps, sauf pour deux d'entre eux que nous avons pu voir pendant plus de six mois. D'autre part, on pourrait objecter avec juste raison qu'une seule injection n'est pas suffisante pour déterminer une amélioration sensible de l'état de nos malades. Cela est parfaitement vrai, aujourd'hui, lorsqu'on sait qu'on ne peut plus parler de la magna thérapie stérilisante à l'aide du salvarsan et que, d'autre part, les résultats favorables obtenus à l'aide de l'injection de tuberculine n'apparaissent qu'après une longue série d'injections. Aussi, le traitement répété par les injections sous-arachnoïdiennes de néosalvarsan dans la paralysie générale s'impose, surtout que le procédé de la ponction du cerveau, telle qu'elle a été pratiquée par Neisser et Polak, est en général inoffensive.

Sans doute que, parmi les signes cliniques, il faut accorder une importance particulière aux troubles des réflexes et en première ligne à la rigidité pupillaire et au signe d'Argyll Robertson. Mais il ne faut pas cependant s'attacher aux petites modifications des réflexes pupillaires où il peut intervenir un élément subjectif de la part de l'observateur. La même remarque s'applique également aux troubles de la parole, aux tremblements des mains et des muscles de la face, à moins qu'on n'utilise les appareils enregistreurs de ces troubles. Nous n'avons pas constaté de modifications des réflexes pupillaires dans nos cas. Puis, les modifications humérales et cytologiques du liquide céphalo-rachidien pourraient nous être d'une grande utilité, surtout si l'on a en vue l'opinion de Sicard qui pense que le Wassermann de ce liquide est irréductible par le traitement utilisé jusqu'à présent dans la paralysie générale. Il est bon cependant de remarquer que quelques auteurs ont soutenu avoir influencé par divers traitements le Wassermann rachidien. Je n'aurai qu'à citer les recherches de Pappenheim et Volk, de Vienne, qui ont prétendu avoir modifié sensiblement les quatre réactions que l'on rencontre dans la paralysie générale, à la suite d'un traitement par la tuberculine.

Si on devait s'en tenir aux résultats obtenus jusqu'à présent dans le traite-

ment de la paralysie générale par l'injection sous-arachnoïdienne de néosalvarsan, on serait plutôt sceptique, et d'autre part, on devrait conclure que, pour expliquer l'incurabilité de la paralysie générale par les injections intraveineuses de mercure ou de néosalvarsan, il ne faut pas faire intervenir les lésions du plexus choroïde ou des vaisseaux de l'écorce cérébrale, mais les *qualités spéciales de vitalité des spirochètes* qui existent dans cette maladie, comme, du reste, le prouverait l'incubation de longue durée dans la cornée et le testicule du lapin inoculé avec du cerveau de paralytique général. Une opinion analogue a été soutenue récemment par Forster, de Berlin.

Ces expériences nous autorisent à penser que le traitement local, employé sous forme de ponction du cerveau, tel qu'il a été utilisé pour la première fois par nous, ou bien les méthodes préconisées par Levaditi et Marie, Martel, Sicard et la méthode de Bériel, ne sont pas de nature à nous faire entrevoir la possibilité de la guérison de la paralysie générale. Nous sommes enclins à admettre que la combinaison des injections sous-arachnoïdiennes cérébrales, spinales et intraveineuses de sérum salvarsanisé est plus rationnelle, car, de cette façon, nous avons plus de chances d'attaquer le tréponème pâle dans ses foyers. La méthode des injections sous-arachnoïdiennes corticales, employée seule, ne permet pas d'atteindre ce but. La zone de diffusion du médicament est relativement restreinte, de sorte que les parasites échappent à son action. D'autre part, les lésions de la paralysie générale ne sont pas limitées seulement à l'écorce, ainsi qu'on veut bien le croire, elles peuvent intéresser aussi les ganglions de la base, le cervelet et même les centres sous-jacents. Peut-être même, tous les organes, et surtout les glandes à sécrétion interne, sont-ils touchés, comme tendraient à le prouver les recherches de Kafka, faites à l'aide de la méthode d'Abderhalden et aussi l'examen anatomo-pathologique. Du reste, les recherches d'Allers ont montré que les échanges nutritifs sont profondément altérés dans la paralysie générale, tandis qu'ils sont normaux dans la syphilis du cerveau. Dans ces conditions, la démence paralytique nous apparaît comme une maladie générale, et il n'y a qu'un traitement combiné, s'adressant d'un côté au système nerveux et de l'autre à tout l'organisme, qui pourrait avoir une certaine chance de succès. Puis, il ne faut pas oublier que, dans la paralysie générale, il y a peut-être, même dès le début, en tout cas constantes dans les cas confirmés, des lésions du parenchyme nerveux. Or, ces lésions sont pour la plupart du temps irréparables, de sorte qu'il est difficile de concevoir une rétrocession de ces lésions et, en conséquence, une guérison complète anatomique et clinique de la paralysie générale. La thérapeutique moderne ne peut pas se résigner à accepter sans réserves le dogme de l'incurabilité de la paralysie générale, d'autant plus que la marche naturelle de cette grave maladie nous montre que la notion de progression, en ce qui la concerne, ne paraît pas absolument fondée dans tous les cas. On connaît, en effet, des cas de paralysie générale stationnaires, très rares, il est vrai, et on a, en revanche, évalué les cas de rémission de cette maladie de 10 à 12 %. Cet état stationnaire, de même que la rémission, prouvent non seulement que les lésions peuvent s'arrêter pour quelque temps dans leur marche, mais encore qu'il doit y avoir dans le cerveau des paralytiques généraux des lésions du tissu nerveux réparables. Probablement que l'arrêt de la maladie, de même que les rémissions, sont dus à la formation des anticorps, comme cela arrive dans d'autres maladies infectieuses. Mais si le scepticisme n'est pas recommandable, puisqu'il nous condamnerait à la passivité au point de vue du traitement, on ne doit pas non plus concevoir de grandes

espérances avec le traitement sous-arachnoïdien de néosalvarsan dans la paralysie générale, car plusieurs recherches tendent à prouver que dans cette maladie nous avons, en dehors de la lésion du cerveau et de la moelle, des troubles généraux de la nutrition, comme la réaction d'Abderhalden et les altérations anatomo-pathologiques le montrent.

Sans porter un jugement définitif sur l'efficacité du traitement sous-arachnoïdien par le salvarsan dans la paralysie, nous sommes convaincus qu'il est insuffisant et qu'on doit lui associer les injections intraveineuses et répétées de néosalvarsan qui, assurément, et malgré la prétendue non-perméabilité des vaisseaux du cerveau et des méninges, exercent une action favorable sur la paralysie générale, tout au moins dans quelques cas.

Les essais faits jusqu'à ce jour sur le traitement local de la paralysie générale par le sérum salvarsanisé *in vivo* (Levaditi, A. Marie et de Martel) ou *in vitro* (Marinesco et Minea) n'ont pas donné jusqu'à présent des résultats brillants, malgré que ceux-ci ne soient pas à dédaigner, étant donné l'incurabilité de la maladie. Il est vrai que, sur les dix-neuf cas que nous avons eu à traiter, il s'agissait de la paralysie générale avancée ou arrivée à sa dernière phase. Peut-être qu'en choisissant des cas favorables, c'est-à-dire ceux où la maladie est tout à fait au début, et en variant le traitement, comme par exemple en faisant usage de toutes les voies possibles : intraveineuse, sous-arachnoïdienne, spinale et corticale, et même en ayant recours à la thérapeutique combinée, on pourrait obtenir des résultats meilleurs.

En répétant les expériences de Goldmann, sur le chien, nous avons gagné la conviction que l'injection sous-arachnoïdienne de salvarsan est en état d'atteindre les foyers de spirochètes dans la paralysie générale et que la prétendue imperméabilité des méninges, soit de dehors en dedans, soit le contraire, ne joue pas un rôle essentiel dans l'inefficacité du traitement de la maladie de Bayle.

Nous dirons quelques mots sur la technique que nous avons utilisée et que nous proposons à ceux qui voudraient faire des essais avec la thérapeutique nouvelle. Nous pensons que le meilleur dispositif est celui de l'appareil de Neisser-Polak, qui permet de faire la ponction en moins d'une minute, dont l'orifice produit est minuscule; et nous croyons que la trépanation est inutile, même si l'on veut introduire de grandes quantités de liquide. Nous donnons la préférence, tout au moins pour le moment, au sérum salvarsanisé *in vitro* en ajoutant à 5 centimètres cubes de sérum inactivé du malade 40 à 50 milligrammes de néosalvarsan. C'est là la dose optima tolérable par le cerveau et c'est celle qui arrête très rapidement les mouvements du tréponéma pallidum; le sérum de lapin salvarsanisé *in vivo*, suivant la recommandation de MM. Levaditi, Marie et de Martel, est moins actif. La quantité de néosalvarsan que nous avons injectée après les ponctions successives à quelques jours d'intervalle a été de 10 centigrammes, c'est-à-dire 5 centigrammes de chaque côté. Parfois, nous avons répété ces injections chez le même malade après deux ou trois semaines, de même que nous avons augmenté la quantité de véhicule jusqu'à utiliser 20 centimètres cubes de sérum. Il vaut mieux l'injecter à deux reprises différentes. Un fait sur lequel nous voulons attirer l'attention, c'est que ces injections doivent être limitées à l'espace sous-arachnoïdien et non pas intéresser l'écorce cérébrale : éviter par conséquent l'injection intra-corticale, car celle-ci s'accompagne de troubles plus ou moins sérieux, tels qu'accès d'épilepsie, paralysie, etc.

II

LE PHÉNOMÈNE DE L'AVANT-BRAS (DE LÉRI)

PAR

Teixeira-Mendes,

Assistant ext.-num. de la Clinique des maladies nerveuses de la Faculté de Médecine de Rio de Janeiro.

Service clinique du professeur AUSTREGESILLO.

André Léri, à la séance de la *Société de Neurologie* du 6 février 1913 (1), a décrit un nouveau signe qu'il appelle « signe de l'avant-bras »; il consiste dans la flexion de l'avant-bras sur le bras quand l'observateur fléchit les doigts dans la main et la main sur l'avant-bras, ou, pour employer un seul mot, quand il « enroule » la main sur elle-même.

Ce phénomène n'est ni un réflexe tendineux ou cutané ordinaire, ni un réflexe d'automatisme médullaire. Il est lent et progressif, alors qu'un mouvement de défense porterait brusquement le bras en dehors et en arrière.

Quelle qu'en soit l'interprétation, l'important est de savoir que ce mouvement réflexe existe à l'état normal (signe positif) et que son abolition ou sa forte diminution (signe négatif) est la traduction d'un état pathologique du système nerveux.

La lésion peut d'ailleurs porter sur une grande étendue du système nerveux, car il ne s'agit pas d'un réflexe à court trajet, mais d'un réflexe à long trajet comme les réflexes cutanés; sa disparition indique une lésion sur l'une des longues voies réflexes : nerfs périphériques, voies sensitive ou motrice dans la moelle cervicale au-dessus du V^e segment, tronc cérébral et cerveau jusqu'à la corticalité. Par suite, ce signe devient négatif dans les hémiplésies cérébrales, même quand les réflexes tendineux sont exagérés; il est aussi négatif chez des malades avec lésions corticales prononcées; par exemple, nous l'avons trouvé négatif chez 3 choréiques de Huntington, et Léri, qui a examiné 5 sujets atteints de cette maladie, en a trouvé 4 chez qui le phénomène était aboli ou très affaibli.

Voici les résultats obtenus par Léri chez 275 malades, dont 225 atteints d'affections diverses du système nerveux central ou périphérique :

Trente cas d'hémiplégie acquise de l'adulte (28 d'origine cérébrale, une ponto-cérébelleuse et une bulbo-protubérantielle) et 6 cas d'hémiplégie cérébrale infantile avaient tous le signe négatif (réflexe aboli ou presque aboli) : le signe était positif chez des hystériques; dans une série d'autres cas de lésions pyramidales, le signe était négatif, sauf dans ceux où l'affection atteignait seulement les membres inférieurs.

Les résultats, dans les cas où l'on pouvait trouver ou supposer une lésion de l'écorce cérébrale, sont intéressants : chez 50 épileptiques le signe était positif, mais il était négatif chez ceux qui avaient une grosse lésion probable de l'écorce (déments, idiots et imbeciles); le réflexe était également aboli dans presque tous les cas de chorée de Huntington.

« En résumé, le phénomène peut disparaître ou diminuer (signe négatif) : a) d'un côté, dans tous les cas d'hémiplégie organique, flasque ou spasmodique; des deux côtés dans les diplésies cérébrales; b) dans la plupart des cas de chorée de Huntington, chez certains épileptiques profondément déments ou au cours de la crise; c) dans un certain nombre de cas de tumeurs cranio-cérébrales;

(1) *Revue neurologique*, 45 mars 1913.

d) dans la sclérose latérale amyotrophique; e) dans la tabes, quand les lésions atteignent la moelle cervicale supérieure; f) dans le plus grand nombre des cas de maladie de Friedreich et de syringomyélie, dans certains cas de sclérose en plaques; g) dans les névrites.

« Le réflexe persiste, au contraire (signe positif) : a) dans tous les cas de paralysies fonctionnelles, hystériques ou autres; b) dans les lésions du cervelet ou des conducteurs cérébelleux; c) dans certaines lésions cranio-cérébrales; d) dans les paraplégies pures, avec ou sans lésion pyramidale.

« Le signe de l'avant-bras peut donc rendre des services pour le diagnostic de la nature ou du siège de certaines affections, notamment : a) pour distinguer les paralysies organiques des paralysies fonctionnelles du membre supérieur; b) pour reconnaître le niveau qu'atteignent en hauteur certaines affections médullaires, tabes, syringomyélie, sclérose en plaques, etc.; c) peut-être pour diagnostiquer le siège de certaines lésions intra-craniennes ou intra-cérébrales. »

Nos résultats personnels, basés sur l'examen de 65 malades, concordent absolument avec ceux de Léri :

Dix-sept de nos malades étaient des hémiplegiques; il s'agissait manifestement d'une hémiplegie d'origine organique (tous avaient le signe de Babinski) : chez tous le signe de Léri était négatif du côté malade.

Quatre malades étaient atteints de chorée, l'un d'une chorée de Sydenham, les trois autres d'une chorée de Huntington : chez tous le signe était négatif.

Sur 4 tabétiques, il était trois fois négatif, une fois positif; 6 polynévrites donnaient deux fois un résultat négatif, quatre fois un résultat positif. Dans un cas de sclérose en plaques, le signe était positif. Dans un cas de mal de Pott cervico-dorsal, le signe était positif du côté droit, négatif du côté gauche; de ce même côté gauche, les réflexes radial et olécranien étaient presque abolis.

Dans 4 cas de méningite aiguë, le signe était négatif.

Enfin, sur 28 épileptiques, 17 présentaient le signe négatif, 11 le signe positif.

Nous résumons ces cas dans le tableau suivant :

	Positif.	Négatif.	Total.
Polynévrite.....	4	2	6
Tabes.....	1	3	4
Mal de Pott.....	d'un côté	de l'autre côté	1
Sclérose en plaques.....	1	—	1
Hémiplegie organique.....	—	17	17
Méningite.....	—	4	4
Chorée de Huntington.....	—	3	3
Chorée de Sydenham.....	—	1	1
épilepsie.....	11	17	28

Chez tous les sujets normaux que nous avons examinés, le signe était positif. Nous pouvons donc conclure que :

- 1° Le phénomène de l'avant-bras est positif à l'état normal;
- 2° Il est négatif dans les hémiplegies d'origine organique;
- 3° Il est aussi négatif dans la tabes avec lésion de la moelle cervicale et dans la chorée de Huntington;
- 4° C'est un signe utile pour le diagnostic des hémiplegies organiques et pour donner des indications concernant certaines lésions cérébrales présumées (1).

(1) Dans une publication récente, LIVET, MOREL et PUILLET (*Revue neurologique*, 30 juin 1913) ont étudié le signe dans les maladies mentales. Leurs conclusions sont les suivantes :

« Le signe de Léri est négatif dans la démence précoce et l'idiotie. Il est positif dans la paralysie générale et la psychose maniaque dépressive. »

ANALYSES

NEUROLOGIE

ÉTUDES GÉNÉRALES

BIBLIOGRAPHIE

- 364) **Les Techniques anatomo-pathologiques du Système Nerveux. Anatomie macroscopique et histologique**, par GUSTAVE ROUSSY et JEAN LHERMITTE, préface de M. PIERRE MARIE. Un volume de 255 pages, Masson, éditeur, Paris, 1914.

Ce petit livre, que M. P. Marie présente aux travailleurs et aux curieux du système nerveux, rendra de véritables services. C'est en effet un guide pratique, concis et clair, qui saisit sur la table d'autopsie l'organe ou le tissu à interroger et qui le suit, au travers de manipulations successives, jusqu'à sa réduction en coupes colorées.

L'étude anatomique des affections du système nerveux est délicate ; elle exige l'emploi de techniques plus rigoureuses et plus complexes que celles qui suffisent à l'histologie normale ; elles ont dû subir des modifications multiples pour être en mesure de répondre à tous les besoins. Il en résulte que la variété des techniques histologiques est telle qu'il est difficile de décider l'emploi de la mieux appropriée à un cas donné. C'est pour parer aux hésitations que Roussy et Lhermitte ont écrit leur manuel, qui n'a pas son analogue en langue française. Ils se sont bien gardés d'énumérer toutes les méthodes connues : ils ont fait un choix et ils décrivent seulement ou les plus typiques, ou celles qui donnent avec la plus grande constance les résultats désirés, ou les plus faciles à mettre en œuvre ; pour chacune ils se sont efforcés de préciser les indications, les avantages et les inconvénients que la pratique leur a fait apprécier. L'histologiste trouvera facilement, dans cet ouvrage, le conseil utile pour la technique à adopter à chaque étape de son travail, et quel que soit ce travail : coupes macroscopiques et prélèvement des fragments, choix des fixateurs, de la masse d'inclusion, des colorations, des imprégnations, etc. Des chapitres sont consacrés aux techniques visant l'étude de tels ou tels éléments : cellules nerveuses, gaines de myéline, névroglie, éléments du tissu conjonctivo-vasculaire, produits de désassimilation, nerfs périphériques, etc.

Le manuel contient en somme au complet les informations utiles. Toute surcharge, discussion, historique, bibliographie, a été rejetée. « Ce livre, disent les auteurs, n'est pas un livre de bibliothèque ; sa place est sur la table du laboratoire, à côté des fixateurs et des colorants. »

E. FEINDEL.

365) **La Migraine**, par FLATAU (de Varsovie). *Collection de Monographies Alzheimer et Lewandowsky*. Springer, Berlin, 1912 (bibliogr.).

Monographie excellente et, en premier lieu, remarquablement documentée, qui ne peut guère être résumée. Quelques points sont particulièrement à signaler.

Plus on voit de migraineux, plus on se convainc de la fréquence de la coïncidence de phénomènes comitiaux. Flatau l'a notée 36 fois sur 500 (7,2 %). Dans certains cas, la migraine exista seule d'abord; puis survinrent des attaques, soit de petit mal, soit d'épilepsie partielle, puis de véritables attaques et des états crépusculaires (observations). Il y des cas de caractère perfide avec mort inattendue (observation). Souvent l'entrée en scène de l'épilepsie diminue les accès de migraine. Plus un cas se rapproche du syndrome de la migraine ophthalmique et surtout de la forme associée, plus le danger de la complication comitiale est grand. Les rapports héréditaires des deux maladies sont grands.

La migraine psychique mérite une description à part, sans que cependant peut-être on puisse admettre la dysphrénie hémicranique de Mingazzini. Les troubles interparoxysmaux sont fréquemment des états dépressifs (26 %); beaucoup de migraineux ont une vie misanthropique, égocentrique; d'autres sont excitables. Il y a des troubles de la mémoire et de l'attention, de la suite des idées. Il peut se développer une véritable psychose soit pré ou post-paroxysmale, soit intervallaire (recueil de nombreux faits, p. 92 à 104). La forme la plus fréquente est l'état crépusculaire à apparition rapide, la confusion est plus ou moins intense, pouvant aller jusqu'à la stupeur. La durée est de quelques heures à quelques jours, le souvenir en est sommaire et lacunaire. La psychose est transitoire, mais à rechutes en général éloignées. Pas de signes physiques, sauf des signes oculaires rares (stase papillaire, paresse pupillaire). Il y aurait des équivalents psychiques de la migraine.

Parmi les phénomènes interparoxysmaux de la migraine, noter les troubles du sympathique cervical et viscéral, des nerfs (les symptômes dans la sphère de l'acoustique sont particulièrement étudiés, vertiges auriculaires, etc.), les troubles mentaux interparoxysmaux (fréquence de la cyclothymie, 20 %), etc.

Étude et critique des théories pathogéniques, qui sont toutes exposées avec une clarté et des développements qu'on ne trouvera nulle part ailleurs.

La conclusion est que la migraine n'est, ni au sens clinique, ni pathologique, une maladie autonome, mais seulement un syndrome, manifestation d'une prédisposition congénitale aux processus neuro-métaboliques pathologiques, donc une diathèse neuro-toxique congénitale. Les glandes endocrines y jouent un rôle important.

Il n'y a pas de localisation d'un processus, mais des régions diverses du cerveau peuvent être intéressées et des processus divers interviennent, notamment l'augmentation de la pression du liquide céphalo-rachidien (au sens de l'hydrocéphalie angio-neurotique de Quincke) et aussi le spasme vasculaire.

Les processus morbides, agissant tant sur le cerveau que sur les divers organes, conduisent à des syndromes variés, d'où l'aspect kaléidoscopique de la migraine.

Diagnostic, combinaison de la migraine avec d'autres maladies. Thérapeutique.

15 pages de bibliographie.

M. TRÉNEL.

- 366) **Sur la Vie Sensorielle du Nouveau-né**, par CANESTRINI (de Grasz). *Monographies d'Alzheimer et Lewandowsky*. Springer, Berlin, 1913.

Le développement cérébral post-fœtal de l'homme est plus différencié que celui de l'animal; par contre, le développement intra-fœtal de l'animal est plus différencié.

Le sens du goût est le mieux développé et donne lieu aux réactions les mieux différenciées et les plus vives : les impressions douces calment le nourrisson, les solutions amères (sel) produisent de l'agitation et l'arrêt des mouvements de succion.

L'appareil acoustique est bien développé. Les impressions acoustiques dans le sommeil produisent un ralentissement, des irrégularités de profondeur de la respiration, de l'augmentation de volume du crâne et de fréquence du pouls.

La vue n'est sensible qu'aux impressions lumineuses, aussi bien dans la veille que dans le sommeil.

Le tact ne donne que de faibles réactions à la douleur, à l'excitation électrique; la réaction au froid est très vive, sans période de latence notable.

L'odorat est le moins développé.

Nombreux tracés.

M. TRÉNEL.

- 367) **La Vie Sexuelle**, par EGAS MONIZ. 3^e édition. Un volume in-8°, de 544 pages, Livraria Ferreira, Lisbonne, 1913.

Les éditions antérieures de cet ouvrage avaient été bien accueillies par le public scientifique et médical du Portugal et du Brésil. L'auteur a profité de la nécessité où il s'est trouvé de fournir une troisième édition, pour revoir son œuvre dans sa totalité et pour donner un plus grand développement aux chapitres traitant de problèmes ayant un regain d'actualité, tels le malthusianisme et la neurasthénie sexuelle.

Dans la première partie du livre, l'auteur traite de la vie sexuelle normale, physiologique. Il en étudie les organes, le commencement, les étapes, la fin. L'instinct sexuel, l'origine des sexes, l'hérédité, la stérilité artificielle et la fécondité artificielle constituent des questions disparates se rattachant à l'ensemble.

La pathologie de la vie sexuelle, d'une complexité extrême, se classe cependant en chapitres distincts : perversions sexuelles, névroses sexuelles, hétérosexualité morbide (prostitution, sadisme, masochisme, etc.), homosexualité, asexualité (érotomanie, onanisme, bestialité, etc.), perversions morales.

L'auteur termine son ouvrage par l'étude de la vie sexuelle des aliénés.

F. DELENI.

PHYSIOLOGIE

- 368) **Théorie mathématique de la Loi géométrique de la Surface du corps de l'Homme**, par ROUSSY. *Acad. des Sciences*, 24 février 1913.

Si l'on pose des périmètres, alternativement, sur les parties les plus renflées et les plus rétrécies du corps de l'homme, on peut en représenter la forme générale abstraite au moyen d'une construction de troncs de cône.

La surface latérale d'une telle construction est exactement obtenue au moyen de l'application d'une loi géométrique.

E. F.

369) **Poids des Viscères abdominaux et thoraciques, des Glandes Sexuelles, des Glandes à Sécrétion interne et des Globes Oculaires du Rat blanc selon le Poids du Corps**, par SHINKISHI HATAI (de Philadelphie). *The American Journal of Anatomy*, vol. XV, n° 1, p. 87-119, juillet 1913.

Les tableaux de chiffres obtenus par l'auteur montrent que, contrairement à l'opinion courante, le poids des viscères et des organes est remarquablement fixe quand on le rapporte au poids du corps.

THOMA.

370) **Sur les lésions des Nerfs par l'Alcoolisation expérimentale chez le lapin**, par L. BÉRIEL et A. DEVIC. *Soc. méd. des Hop. de Lyon*, 20 mai 1913. *Lyon médical*, 1^{er} juin 1913, p. 1198.

Même après injection sous tension dans des troncs nerveux sensibles à l'action de l'alcool, celui-ci diffuse peu et produit des altérations destructives seulement sur les fibres au contact immédiat desquelles il est porté. Jamais on n'obtient de destruction transverse totale des troncs nerveux. La destruction des fibres est limitée à quelques faisceaux compacts. Y a-t-il une vulnérabilité plus particulière de certaines catégories de tubes nerveux (fibres sensitives)? Ou le fait tient-il seulement à la présence de cloisons interfasciculaires?

P. ROCHAIX.

371) **Recherches d'Électrophysiologie sur les Tissus de Soutien**, par T. GAYDA. *Archives italiennes de Biologie*, t. LVIII, p. 417-432, paru le 28 février 1913.

Lorsque les tissus de soutien, os, tendons, cartilages, sont soumis à des actions mécaniques semblables à celles qu'ils supportent pendant le fonctionnement normal de l'organisme, ils sont le siège de courants; mais d'après l'auteur, la nature de ces courants est purement physique, parce qu'on les observe aussi après la mort; seule une profonde altération des tissus les fait diminuer ou disparaître. Par contre, le courant constaté à la suite de la section du fémur est d'origine vitale et se comporte comme celui qui se produit après les sections dans la peau. On n'observe pas, pour les tendons et les cartilages, de courant de repos semblable à celui que l'on rencontre dans le fémur; cela s'explique par le peu de richesse cellulaire de ces deux derniers tissus en comparaison de la moelle osseuse.

F. DELENI.

372) **Contribution à la Physiologie des Perceptions Visuelles. Vision binoculaire, Vision monoculaire**, par ANTONIO DELL'ERBA. *Annali di Neurologia*, an XXX, fasc. 5-6, p. 225-261, 1912.

La perception du relief est surtout produite par la vision binoculaire; mais dans chacun des yeux existent des éléments qui servent à élaborer et à perfectionner cette perception.

La perception de la distance, et par conséquent de la localisation dans l'espace, est surtout effet de la perception du relief; par conséquent elle dépend aussi de la vision binoculaire. Il existe probablement un centre particulier dont la fonction est de fondre en une seule les différentes images qui se dessinent sur les deux rétines; cette image totale, avec ses attributions de relief et de localisation dans l'espace, se trouve perçue dans les lobes occipitaux.

Ce centre continue à fonctionner pendant un temps dans la vision monoculaire, permettant ainsi la perception momentanée du relief de la distance; mais au bout de quelque temps il devient insuffisant: l'imprécision de la perspective

ne se fait plus. Cependant, chez les borgnes, chez qui ce centre de fusion est atrophié, la perception du relief et de la perspective peut se faire jusqu'à un certain point. Mais il est besoin pour cela de toute une éducation nouvelle et d'une habitude prolongée.

F. DELENI.

SÉMIOLOGIE

- 373) **Sur la valeur du Phénomène de Löwy, Élévation de la Pression Sanguine par Flexion de la Tête en avant, pour le Diagnostic de l'Artériosclérose Cérébrale**, par BENDER (de Francfort). *Archiv für Psychiatrie*, t. LII, fasc. 3, p. 4130, 1913 (20 pages, 40 observations, bibliogr.).

Löwy a constaté que la flexion en avant de la tête pendant une minute produit une élévation de pression dans la temporale chez les artérioscléreux, et considère ce symptôme comme caractéristique. Il en est bien ainsi, mais ce symptôme ne peut servir en aucune façon au diagnostic du début de l'artériosclérose avec la neurasthénie et la dépression de la psychose maniaque dépressive. D'ailleurs, ce phénomène est fréquent dans les cas accompagnés de troubles psychiques, comme le prouve l'analyse même des cas de Löwy.

M. TRÉNEL.

- 374) **Le Vertige Anémique des Vieillards**, par P. GALLOIS. *Société de Thérapeutique*, 22 octobre 1913.

Le vertige, chez les gens âgés, peut tenir à des causes autres que l'artériosclérose et l'artérite cérébrale. Il peut s'agir, par exemple, d'un vertige gastrique et d'un vertige de Ménière. Mais le plus souvent, c'est tout simplement d'un vertige anémique qu'il s'agit.

Cette anémie peut s'expliquer par diverses causes. Elle tient, sans doute, à la déchéance générale de l'organisme, à la vie moins active et plus renfermée, à des digestions moins bonnes par suite de la chute des dents, etc.

Le régime débilitant de l'artériosclérose exagère les vertiges alors qu'ils sont, au contraire, rapidement atténués par le traitement reconstituant et ferrugineux.

E. FEINDEL.

- 375) **Sur les rapports des Traumatismes du Crâne et l'Exaltation de la Predisposition Convulsive**, par KASTAN (laboratoire du professeur Ellinger). *Archiv für Psychiatrie*, t. LI, fasc. 2, p. 694, 1913 (10 pages).

Étude expérimentale. Le produit épileptisant employé est la coriamyrrhine qui agit sur le lapin de 12 à 1400 grammes à la dose de 1 milligramme.

M. T.

- 376) **Un cas de Périodicité chez l'Homme**, par C.-P. OBERNDORF. *New-York neurological Society*, 12 novembre 1912. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, p. 37, janvier 1913.

Il s'agit d'un jeune homme, gynécomaste à gauche, sexuellement bien conformé, qui tous les mois est pris régulièrement, à la même époque, de désirs érotiques violents. A ce moment son sein gauche se gonfle et le mamelon érigé donne une sécrétion huileuse. L'attouchement de ce sein provoque l'érection du pénis.

THOMA.

- 377) **Appendicite claudicante ou Coxopathie**, par ROCHARD et STERN. *Presse médicale*, n° 83, p. 829, 11 octobre 1913.

Observation de trois malades chez qui l'inflammation de l'appendice ne s'était jamais traduite par une crise aiguë, n'avait jamais provoqué de douleurs abdominales et ne s'était manifestée cliniquement que par deux symptômes aussi patents que peu communs : une *douleur spontanée* que les malades situaient dans la hanche droite et une *claudication intermittente* surtout nette après la fatigue. Telle est l'appendicite claudicante qui mérite d'être rapprochée d'autres appendices latentes à symptômes nerveux inaccoutumés.

E. F.

- 378) **Contribution à l'étude du Coma Cancéreux et du Coma Dyspeptique**, par FAIVRET. *Thèse de Lyon*, 1913 (56 pages, Maloine, éditeur).

L'évolution clinique de ces comas se rapproche de celle du coma diabétique. Leur pathogénie est rapportée à une intoxication par des produits de déviation de l'assimilation et de la désassimilation, ou par des déchets organiques trop abondants et mal éliminés. La présence de ces produits toxiques dans l'organisme pourrait être considérée non comme la cause du coma, mais comme un symptôme qui serait l'effet, comme le coma lui-même, d'une infection dite cancéreuse, dont le parasite n'a pas encore été découvert et dont les toxines n'ont pu être isolées.

P. ROCHAIX.

- 379) **Block total et Fibrillation Auriculaire sans Accidents Nerveux**, par L. GALLAVARDIN et DUFOURT. *Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 9 décembre 1913. *Lyon médical*, 21 décembre 1913, p. 1080.

Homme de 79 ans, brightique avéré, gros cœur (7^e espace) tension élevée. Pouls lent = 30. Les tracés ne révèlent aucune systole auriculaire; fibrillation auriculaire. Le malade n'a jamais présenté aucun accident nerveux.

P. ROCHAIX.

ÉTUDES SPÉCIALES

CERVEAU

- 380) **Contribution à la Physiopathologie des Lobes Frontaux**, par EUGENIO CURTI (de Pavie). *Rivista italiana di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia*, vol. V, fasc. 5, p. 220-236, mai 1912.

Deux observations et considérations permettant à l'auteur d'affirmer qu'il existe bien un syndrome défini, manifestant l'existence des lésions des lobes frontaux.

F. DELENI.

- 381) **Hyperréponse aux Excitations Affectives dans le cas de Lésions Corticales, avec une observation**, par G. WILSE ROBINSON. *The Journal of the American medical Association*, vol. LXI, n° 7, p. 452, 16 août 1913.

L'auteur rappelle les travaux de Roussy, Head et Holmes sur les troubles de la sensibilité d'origine corticale et thalamique et sur les caractères servant à établir leur différenciation. Le cas actuel concerne un homme de 34 ans, hémiplégique à droite à la suite de lésions importantes (fracture pariétale gauche,

abcès cérébral, deux interventions, perte abondante de substance cérébrale), n'affectant pas strictement l'écorce, mais gagnant aussi en profondeur.

Chez le malade, la sensibilité est atteinte dans ses divers modes ; il y a une sensation d'engourdissement de tout le côté droit ; on constate le phénomène de l'hyperréponse au chatouillement, au grattage, à la vibration du diapason, qui éveillent du côté paralysé des sensations franchement désagréables.

Cette hyperréponse et d'autres faits montrent qu'un sujet atteint de lésion corticale peut présenter le syndrome sensitif qui comporte habituellement les lésions centrales. C'est qu'ici, vu la profondeur de la lésion à point de départ cortical, toutes les connexions cortico-thalamiques sont supprimées. Le thalamus, livré à lui-même, ne subit plus ni contrôle, ni inhibition, de la part de l'écorce.

THOMA.

382) **Symptômes Cérébraux chez un Bouledogue associés à l'Infiltration Leucocytaire des Vaisseaux et des Membranes du Cerveau et de la Moelle**, par FREDERICKS-E. BATTEN. *Proceedings of the Royal Society of Medicine of London*, vol. VI, n° 7. *Neurological Section*, p. 414-418, 17 avril 1913.

Démence, ataxie et tremblement généralisé, tels étaient les symptômes cardinaux présentés par ce chien. La méningo-encéphalite et la méningo-myélite coexistaient avec d'autres lésions d'infiltration leucocytaire (intestin, papilles du pénis).

THOMA.

383) **Contribution à la connaissance des formes cliniques de l'Artériosclérose Cérébrale**, par KARL HAGELSTAM. *Finsk Lakaresälsk Handl.*, Bd 54, p. 459.

Les symptômes les plus fréquents sont : vertige et trouble de la conscience souvent accompagnés de bourdonnement d'oreilles. Moins souvent on observe la céphalalgie ; celle-ci paraît alors le plus fréquemment en accès.

Dans les cas les plus accentués se produit encore la dépression générale et l'agitation psychique.

C.-M. WÄRTZEN.

384) **Un cas d'Affection concomitante du Cerveau et du Foie**, par SCHÜTTE (Osnabrück). *Archiv für Psychiatrie*, t. 4, fasc. LI, 1913, p. 336 (15 pages).

Aînée de 9 enfants dont 2 mort-nés, 3 morts d'autres affections. Début à 16 ans par une attaque convulsive, troubles de la motilité, du langage. Affaiblissement intellectuel. Huit ans après le début, on constate des troubles de la parole et de la déglutition, de la parésie spasmodique, surtout du bras droit, des contractures et des secousses du côté droit de la face et du bras. Pas de troubles oculaires. Exagération des réflexes, clonus ; pas de Babinski. Tremblement intentionnel. Hypoesthésie douteuse.

Pas de syphilis reconnue. Mort neuf ans après ce début.

Atrophie cérébrale, surtout frontale, portant sur tous les éléments nerveux ; mais les lésions du noyau lenticulaire sont minimes, ainsi que celles du cervelet. Pas d'endarterite syphilitique, seulement épaississement des vaisseaux du lobe frontal.

Lésion du foie analogue à l'hyperplasie nodulaire, sans signes cliniques pendant la vie.

Une sœur de la malade est morte d'une affection cardiaque et hépatique paraissant sans ressemblance avec l'affection de la malade.

Revue de cas analogues d'après Wilson.

F. DELENI.

- 385) **Contribution à l'étude de la Thrombose des Sinus de la Dure-Mère**, par UGO MANCINI (de Rome). *Rivista Ospedaliera*, vol. III, p. 203-213, 15 mars 1913.

Deux cas anatomo-cliniques détaillés. Dans tous deux la thrombose primitive des sinus s'accompagnait de lésions graves de la substance cérébrale, allant de foyers hémorragiques punctiformes au ramollissement rouge.

F. DELENI.

- 386) **Complications Cérébrales dans la Pneumonie**, par CHARLES-F. WITTINGTON. *Boston Medical and Surgical Journal*, vol. CLXVIII, n° 26, p. 945, 26 juin 1913.

Revue avec observations concernant les complications cérébrales de la pneumonie, les unes avec lésions (méningite, embolie, thrombose, encéphalite, etc.), les autres d'origine toxique.

THOMA.

- 387) **Abcès métastatiques de l'Encéphale en rapport avec les Suppurations Hépto-pulmonaires**, par M. COUTEAUD. *Revue de Chirurgie*, an XXXIII, n° 7, p. 56-68, 10 juillet 1913.

Huit cas tous suivis de mort. L'auteur insiste sur la nécessité de la trépanation, même palliative.

E. FEINDEL.

- 388) **Les Abcès Dysentériques du Cerveau (Amibiase Encéphalique)**, par HERMANN LEGRAND (d'Alexandrie). *Archives provinciales de Chirurgie*, n° 1, (85 p.), janvier 1912.

Il s'agit d'un accident dont la fréquence semble s'accroître; chez un convalescent de dysenterie, ayant été traité pour abcès du foie, se développent insidieusement ou d'une façon dramatique des accidents cérébraux. L'évolution de ces abcès dysentériques du cerveau est fatale.

L'auteur trace dans tous ses détails la pathologie de l'abcès dysentérique du cerveau en s'appuyant sur une documentation extrêmement riche et sur une pratique personnelle étendue.

E. FEINDEL.

- 389) **Un cas d'Hydrocéphalie**, par CUILLÉ (de Saint-Pé-de-Bigorre). *L'Enfance anormale*, n° 7, p. 494-503, juillet 1912.

Cas d'hydrocéphalie avec volume considérable du crâne. Début au troisième mois après la naissance. La tuberculose pourrait être la cause étiologique.

E. FEINDEL.

- 390) **Contribution Clinique et Anatomo-pathologique à l'étude des Scléroses Cérébrales**, par SALVATORE MAGGIORE (de Palerme). *Riforma medica*, an XXIX, p. 485, 3 mai 1913.

Sclérose cérébrale chez une fillette de 30 mois. La lésion semble avoir évolué d'abord lentement, puis plus rapidement, à partir d'un traumatisme subi au septième mois de la vie extra-utérine.

F. DELENI.

- 391) **Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude de la Porencéphalie des Enfants**, par OSVALDO FEDERICI (de Rome). *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, vol. XVII, fasc. 11, p. 644-671, novembre 1912.

Le cas actuel est fort intéressant par sa complexité.

L'enfant dont il s'agit n'avait rien présenté de particulier jusqu'à l'âge de 7 mois lorsque, après une période fébrile, il fut frappé d'une paralysie flasque du membre inférieur droit avec hypotrophie; son ouïe était diminuée et son développement mental se trouva retardé. Au dix-septième, au vingt-troisième et au vingt-sixième mois de son âge, il eut des convulsions partielles à la suite desquelles s'établit une paralysie spasmodique du membre supérieur droit. A la suite du troisième accès il tomba dans un état grave et les convulsions se répétèrent à bref intervalle.

L'enfant ayant succombé, on constata une porencéphalie vraie au niveau du lobe pariétal. De plus existaient des traces d'une méningite au niveau du porus. Enfin des lésions légères de méningo-encéphalite furent notées, mais au microscope seulement.

Au niveau de la moelle on constata les traces d'une méningo-myélite légère et les traces d'une poliomyélite antérieure aiguë lombaire droite avec formation d'une cavité. Le faisceau pyramidal droit était réduit de volume ainsi que la corne antérieure droite. Enfin les deux cordons postérieurs étaient dégénérés.

Ainsi furent constatées deux lésions graves diagnostiquables à l'œil nu, l'une dans le cerveau (porencéphalie), l'autre dans la moelle (poliomyélite); deux autres lésions existaient, plus légères, mais plus étendues, l'une dans le cerveau (méningo-encéphalite) et l'autre dans la moelle (méningo-myélite). Ces deux dernières s'étendaient au pont et au bulbe et elles ne purent être diagnostiquées qu'au microscope.

Ainsi la porencéphalie de cet enfant était restée cliniquement latente pendant fort longtemps; la maladie dont il souffrit au septième mois était une poliomyélite dont l'atteinte principale porta sur la moelle lombaire; mais la moelle fut atteinte aussi à d'autres endroits et le cerveau ne fut pas épargné, comme en témoignent la diminution de l'audition et l'arrêt de développement de l'intelligence.

Les attaques jacksoniennes, survenant sans fièvre, et laissant après elles un bien-être relatif, font penser davantage à des effets d'une compression qu'à des phénomènes inflammatoires. Ces accès ont répondu vraisemblablement à une pression plus élevée du liquide contenu dans le kyste porencéphalique, et ont été suivis de la paralysie avec contracture du membre supérieur droit.

En somme, le diagnostic admet une double lésion : porencéphalie fœtale, méningo-encéphalo-myélite ultérieure, vraisemblablement au septième mois.

F. DELENI.

ORGANES DES SENS

392) **Un cas d'Énophthalmos traumatique**, par ARMBRUSTER. *Bulletin de la Soc. d'Ophthalmologie de Paris*, 1911, p. 67).

A la suite d'une contusion orbitaire (coup de pied de cheval), le malade d'Armbruster présente le syndrome suivant : exophtalmie avec légère diminution de la fente palpébrale, limitation des mouvements en dehors, en haut et en bas avec conservation de l'adduction, mydriase paralytique réfractaire à l'action des myotiques et s'accompagnant d'une paralysie de l'accommodation, acuité visuelle centrale relativement peu diminuée malgré une modification notable de l'aspect ophtalmoscopique de la fovea; pas d'altération importante du champ visuel périphérique ni de la vision des couleurs; pas de troubles de la sensibi-

lité oculaire ou périorbitaire. Rochon-Duvigneaud, qui présente cette observation, la commente. L'énophtalmie n'est pas d'une explication facile ; il se peut qu'elle soit due au relâchement du muscle orbitaire de Muller, mais cela n'est pas certain.

La diminution de la fente palpébrale peut dépendre à la fois du retrait du globe, de la paralysie des fibres lisses de la paupière supérieure et même d'une paralysie du releveur.

La paralysie de trois muscles droits avec intégrité des nerfs sensitifs fait penser à une lésion siégeant au fond de l'entonnoir musculaire.

La mydriase résistant aux myotiques et s'accompagnant de paralysie de l'accommodation s'explique par une destruction du ganglion ophtalmique.

PÉCHIN.

393) **Rétinite exsudative syphilitique**, par GALEZOWSKI. *Bull. de la Soc. d'Ophthalmologie de Paris*, 1911, p. 288.

La malade de Galezowski, syphilitique, âgée de 25 ans, présentait à l'œil gauche les lésions suivantes : au delà de la papille, entourée d'un mince anneau de rétine normale, s'étend une zone blanche occupant tout le pôle postérieur de l'œil, y compris la macula et allant jusqu'à la zone équatoriale. A partir de cette zone, les lésions prennent l'aspect de la rétinite pigmentaire.

L'autre œil présentait les mêmes lésions, mais à un moindre degré.

PÉCHIN.

394) **Hétérochromie de l'Iris**, par GALEZOWSKI. *Recueil d'Ophthalmologie*, 1910, p. 169.

Revue générale du sujet. Galezowski pense qu'il s'agit d'une névrite chronique latente qui peut évoluer dès la vie intra-utérine.

PÉCHIN.

395) **Plicatures de la Rétine en voie de développement**, par FARNARIER. *Annales d'Oculistique*, 1910, t. CXLV, p. 353, et par MAGITOT. *Annales d'Oculistique*, 1911, t. CXLVI, p. 402 et 428.

Farnarié a constaté sur les deux yeux d'un lapin nouveau-né et sur l'un des yeux d'un embryon de mouton des plicatures rétinienne. Kölliker et Lieberkühn considèrent ces plissements comme étant des produits artificiels de préparation. Farnarié considère ces plissements comme des malformations réelles, préexistant à l'action des réactions histologiques, et il en donne comme raisons : 1° le fait que la rétine n'est pas détachée en bloc de l'assise pigmentaire, mais subit une invagination progressive, en doigt de gant, depuis les assises cellulaires les plus externes jusqu'aux plus internes ; 2° le fait que la base de ces plicatures est fréquemment moins large que leur sommet, d'où leur aspect piri-forme ou en massue ; 3° la disposition couchée de certaines d'entre elles ; 4° l'existence de phénomènes de dégénérescence cellulaire à leur sommet. Il s'agit d'un trouble de développement, d'une dysharmonie entre la croissance de la rétine et celle des membranes plus externes de l'œil, y compris l'épithélium pigmentaire.

Farnarié pense que ces plissements finissent par disparaître par dégénérescence qui commence au sommet de la plicature ou bien laissent une lésion cicatricielle non apparente à l'ophtalmoscope et qui serait une cause de l'amblyopie dite congénitale.

Magitot est d'avis qu'il s'agit d'un défaut de technique de fixation. Dans sa

réponse à la critique de Magitot, Fornarier précise sa technique et persiste à soutenir qu'il s'agit d'un trouble de développement. PÉCHIN.

396) Mouches volantes physiologiques et Phénomènes entophiques, par SCRINI. *Recueil d'Ophthalmologie*, 1910, p. 33.

Scrini donne quatre observations. Les sujets sont des nerveux, des neurasthéniques. *Revue générale du sujet.* PÉCHIN.

397) Névrite Optique monolatérale, de forme particulière chez une Tuberculeuse, par CHEVALLEREAU. *Soc. d'Ophthalmologie de Paris*, 4 janvier 1910.

La malade de Chevallereau, une jeune fille de 25 ans, présentait à l'œil gauche une névrite optique caractérisée par la disparition de la papille, qui est seulement reconnaissable par la convergence des vaisseaux, la présence sur la papille d'une masse blanche légèrement brillante dans laquelle les vaisseaux disparaissent en partie. A un millimètre du bord de la papille, la rétine devient normale. A cet aspect se sont surajoutées deux taches de choréïdite exsudative et deux petites hémorragies; les injections de tuberculine ont été négatives. Chevallereau pense néanmoins qu'il s'agit d'une lésion d'origine tuberculeuse à cause des antécédents personnels. PÉCHIN.

MOELLE

398) Contribution nouvelle au Diagnostic positif et différentiel des Tumeurs de la Moelle, par OPPENHEIM. *Monat. f. Psych. u. Neur.*, t. XXXIII, fasc. 6, 1913.

I. Sur la symptomatologie du processus inflammatoire simulant une tumeur dans les segments les plus inférieurs de la moelle.

Observation très détaillée d'un malade, chez lequel le diagnostic de méningite enkystée ou de néo-formation au niveau de la queue de cheval ou du cône terminal avait été posé. L'opération (Krause) ne montra aucune tumeur, et l'examen histologique, après l'autopsie, révéla des lésions non spécifiques de méningomyélite du cône, de l'épicône et de la partie inférieure de la moelle lombaire. L'auteur insiste sur la ressemblance symptomatique si curieuse et inexpiquée des tumeurs et de la méningomyélite dans ce territoire de la moelle.

II. Tumeur de la moelle cervicale supérieure (C³, C⁴, C⁵), opérée avec succès chez un enfant de 12 ans.

III. L'hémiplégie spinale.

A propos des cas précédents et de ceux antérieurement publiés, Oppenheim esquisse une étude d'ensemble sur l'hémiplégie spinale. Celle-ci revêt habituellement le type Brown-Séquard; elle est due à une lésion de la moelle cervicale avec atteinte variable des segments sous-jacents, et la variété d'aspects qu'elle revêt tient plus au siège qu'à la nature de la lésion. En prenant comme type descriptif l'hémiplégie spinale des tumeurs de la moelle, Oppenheim distingue deux grandes classes, suivant que la lésion siège au niveau ou au-dessus du renflement cervical. Lorsque le foyer est au niveau du renflement cervical, on a, en général, une paralysie avec atrophie aux membres supérieurs et des phénomènes spasmodiques au membre inférieur. Ce tableau clinique est variable et il

faut distinguer encore un type inférieur (C³, D¹) avec atrophie du groupe Aran-Duchenne et symptômes oculo-pupillaires, un type supérieur C³, C⁶ avec atrophie du groupe d'Erb, un type moyen, enfin un type total dans les néo-formations étendues ou lorsqu'il y a association de méningite séreuse. Lorsque le foyer siège au-dessus du renflement cervical, au niveau de C³, C⁴, les signes se rapprochent de ceux de l'hémiplégie cérébrale, et il existe des phénomènes spasmodiques aux membres supérieurs et inférieurs. Deux variétés particulières sont à signaler : l'une, avec paralysie diaphragmatique; l'autre, avec contracture des muscles innervés par les segments sus-jacents du foyer. Enfin Oppenheim décrit un type suprême C¹, C² avec paralysie et atrophie dans le domaine du spinal, troubles de la sensibilité dans le domaine du trijumeau et participation de phénomènes bulbaires.

CH. CHATELIN.

399) **Contribution à la chirurgie des Tumeurs intra-médullaires**, par OPPENHEIM et BORCHARDT. *Mitt. aus Grenzgeb. der Med. u. Chir.*, t. XXVI, fasc. 5, 1913.

Les auteurs rapportent deux observations de tumeurs intra-médullaires de la région dorsale supérieure et cervicale inférieure, toutes les deux opérées. Mort cinq jours après l'opération dans le premier cas, et neuf mois après dans le second.

Les auteurs discutent les raisons qui parlaient en faveur d'une localisation intramédullaire et terminent en disant qu'il ne faut pas hésiter à recourir dans de tels cas à une intervention opératoire.

C. CHATELIN.

400) **Méthodes de Localisation des Tumeurs de la Moelle. Leur traitement médical et chirurgical**, par E. CASTELLI (de New-York). *Medical Record*, n° 2226, p. 4-9, 5 juillet 1913.

Article d'une portée générale passant en revue les signes de localisation en hauteur, en étendue, en profondeur (intra-médullaires, extra-médullaires) des tumeurs de moelle. L'auteur insiste sur les progrès réalisés récemment dans ce sens et il dégage les indications thérapeutiques à suivre dans les cas principaux.

THOMA.

401) **Spina bifida latent avec Tumeur**, par AUGUSTE BROCA. *Presse médicale*, n° 87, p. 863, 25 octobre 1913.

Le pronostic vital du spina bifida dépend surtout de l'hydrocéphalie et de l'insuffisance des parties molles postérieures. Or, ces lésions sont contingentes, et lorsqu'elles ne se produisent pas, on se trouve en présence d'une infirmité plus ou moins grave, en rapport avec les conséquences fonctionnelles plus ou moins accentuées de la malformation nerveuse; mais la vie n'est pas directement menacée. Par là est intéressante à étudier la fillette de 8 ans présentée par l'auteur.

Elle a été admise à l'hôpital pour des ulcérations des pieds (troubles trophiques); elle présente une paralysie incomplète des membres inférieurs, mal nourris.

Cette paraplégie flasque doit être rapportée à une lésion médullaire; à la région lombaire on constate une tumeur molle, grosse comme une orange, coiffée d'une collerette de poils, et d'origine congénitale; la tumeur recouvre une brèche vertébrale.

Il s'agit d'un cas intermédiaire entre la myéloméningocèle classique et le spina bifida occulta.

E. FEINDEL.

402) Paraplégie spasmodique hérédo-syphilitique chez les grands Enfants, par A.-B. MARFAN. *Archiv. de Méd. des enfants*, 1913, p. 561, n° 8 (2 observations).

Le tableau de la maladie, dont la description est fondée sur 6 observations, se résume dans la rigidité spasmodique des membres inférieurs, rigidité progressive à début lent, par claudication, peu appréciable au repos, sans troubles trophiques, ni sensitifs, ni sphinctériens, mais avec association constante de troubles oculaires (signe d'Argyll Robertson ou paralysie pupillaire complète, diminution de l'acuité visuelle, quelquefois décoloration papillaire et fréquemment kératite interstitielle) et association possible de troubles psychiques (arriération). Début de quatre à douze ans; évolution vers l'impotence absolue.

Il faut penser à cette forme d'hérédo-syphilis en présence d'une claudication, même légère, et rechercher la lymphocytose céphalo-rachidienne, qui existe, et la réaction de Wassermann, qui est plus forte dans le sérum sanguin que dans le liquide céphalo-rachidien. Le syndrome rappelle la « paralysie spinale syphilitique », qu'Erb a décrite chez l'adulte, avec quelques différences, et la paralysie spasmodique familiale de Strümpell. Si la maladie est incurable, il semble qu'on puisse en arrêter l'évolution, grâce aux injections intra-veineuses d'arséno-benzol : on commence par un demi-centigramme d'arséno-benzol ancien par kilogramme, pour les enfants âgés de plus de cinq ans. On fait quatre injections quatre ou cinq fois par an (en arrivant pour la dernière à un centigr. par kilog.).

LONDE.

403) Sclérose en plaques à lésions très étendues et à Symptomatologie fruste (Pièces et coupes histologiques), par GRIMAUD et MALEPINE. *Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 9 décembre 1913. *Lyon médical*, 21 décembre 1913, p. 1069.

Il s'agit d'un cas de sclérose en plaques à lésions anatomiques intenses et à symptomatologie fruste. La maladie avait évolué lentement et en plusieurs poussées. Chacune des aggravations s'accompagnait de douleurs et de troubles parasthésiques. Il n'y eut jamais de troubles de la parole, ni nystagmus, ni tremblement. Passagèrement il y avait eu de la maladresse des mains. L'impotence des membres supérieurs n'était que le corollaire des troubles musculaires. Le fait prédominant était la paralysie spasmodique. Le diagnostic de sclérose en plaques avait été éliminé en raison de la diffusion des symptômes, associée à une absence totale de signes cardinaux. On pensait à des lésions disséminées syphilitiques. L'autopsie montra un grand nombre de plaques de sclérose cérébrale, protubérantielle, cérébelleuse. Il faudrait donc, semble-t-il, pour reproduire la symptomatologie classique, soit une localisation très particulière, soit la présence de processus inflammatoires surajoutés.

P. ROCHAIX.

MÉNINGES

404) Méningites Optiques et Méningites Optiques primitives, par BOURDIER. *Thèse de Paris*, 1911.

Bourdier donne le résultat d'un examen anatomique qu'il a pu faire sur des pièces fraîches provenant d'une nécropsie judiciaire. Cet examen confirme en général les notions acquises. Bourdier a pu relever quelques particularités inté-

ressantes qui ont échappé à la plupart des auteurs, qui n'ont eu le plus souvent à leur disposition que des préparations provenant de cas d'hypertension intracranienne. C'est ainsi qu'il a constaté que, contrairement à l'opinion classique, le tissu réticulé et les cloisons fibreuses ne sont pas plus denses à l'extrémité antérieure de l'espace sous-arachnoïdien que dans les autres régions.

La partie la plus importante de ce travail consiste dans l'examen des altérations des enveloppes et de la charpente du tissu nerveux, les lésions du parenchyme, même étant secondaires et généralement peu développées.

Les réactions des gaines méningées peuvent être schématisées en trois groupes : infiltration cellulaire des espaces vaginaux et des gaines optiques ; prolifération conjonctivale aboutissant à la symphyse pathologique et propagation des éléments anormaux au tissu interstitiel du tractus.

Nous renvoyons au texte pour la description des lésions et le mode évolutif de la méningite optique ; ces chapitres ne se prêtent pas à l'analyse, pas plus que celui qui traite de la pathologie et des voies d'apport.

Après cette étude anatomique, vient la partie clinique où sont décrits les divers aspects ophtalmoscopiques, et mis en valeur notamment l'hyperémie papillaire, les symptômes fonctionnels visuels et les autres signes concomitants.

Dans un chapitre spécial, l'auteur montre l'importance de la ponction lombaire surtout au point de vue diagnostique. Au point de vue du traitement, en cas de stase papillaire, elle ne saurait, pour de multiples raisons, avoir la même utilité que dans les papillites par tumeurs cérébrales.

Les diverses modalités cliniques sont bien mises en évidence par l'étude de la méningite cérébro-spinale épidémique, la méningite tuberculeuse, les méningites optiques syphilitiques et parasymphilitiques.

Quel qu'en ait été notre grand désir, nous n'avons pu entrer dans des développements qu'une analyse ne comporte pas, mais nous tenons à attirer l'attention sur ce travail très important où l'auteur a su montrer à la fois les qualités de clinicien et une grande expérience dans les recherches de laboratoire. Il a pu ainsi réunir dans cette monographie tous les éléments qui font des méningites optiques primitives une étude complète.

PÉCHIN.

405) **Les Méningites curables chez les Enfants**, par J. COMBY. *Arch. de Méd. des enfants*, 1913, p. 373, n° 5 (revue générale).

La syphilis, les oreillons, la poliomyélite aiguë et les états infectieux les plus variés (pneumonie, grippe, fièvre typhoïde), ainsi que la tuberculose (dont Barbier et Gougelet ont réuni 24 cas) peuvent produire une méningite curable.

LONDE.

406) **Méningite subaiguë à bacilles de Pfeiffer à la suite d'une Paralysie spinale aiguë**, par P. HAUSHALTER et JACQUOT. *Arch. de Méd. des enfants*, 1913, p. 845.

Le même microbe fut retrouvé dans le liquide céphalo-rachidien et dans le rhino-pharynx ; le diagnostic fut établi par la formule cytologique du liquide retiré par ponction lombaire ; il n'y eut d'autre signe clinique que de la difficulté à asseoir l'enfant (âgé de 2 ans), sans signe de Kernig, et de la fièvre, avec vomissements au début. Ce cas peut être rattaché aux méningites curables.

LONDE.

407) Pseudo-tumeur cérébrale et Méningite séreuse ventriculaire,
par HENRI FRANÇAIS. *Médecine moderne*, an XXII, p. 5, juillet 1913.

Observations de deux malades ayant présenté, il y a plusieurs années, une affection cérébrale avec hypertension intra-cranienne. L'une de ces malades, la seconde, ne conserve plus que la cécité comme reliquat de son affection ancienne. L'autre présente une cécité unilatérale à laquelle s'ajoute un syndrome de Basedow. La céphalée, les vomissements, les vertiges, les troubles moteurs, les convulsions épileptiformes et, en particulier, la névrite optique œdémateuse constituaient les éléments essentiels du tableau clinique. Aussi, le diagnostic de tumeur cérébrale avait-il pu paraître vraisemblable. Mais l'évolution a prouvé que la stase papillaire et les autres phénomènes d'hypertension intra-cranienne ne relevaient pas d'une tumeur. Le début avait été très brutal et les troubles visuels précoces avaient abouti bien rapidement à l'amaurose. Il s'agissait donc d'une affection aiguë de l'encéphale s'étant traduite, à un moment donné, par des symptômes dérivant de l'hypertension intra-cranienne, et ayant laissé comme séquelles les troubles de la vue qui persistent à l'heure actuelle.

E. FEINDEL.

408) Grippe à Début Méningé avec Ictère infectieux, par P. SPILLMANN et JEAN BENECH (de Nancy). *Province médicale*, n° 40, p. 433, 4 octobre 1912.

Dans un travail récent, M. Guillaïn tentait de différencier et d'isoler une maladie d'allure assez particulière d'origine infectieuse caractérisée par de l'ictère et un syndrome méningé; il parvenait à en grouper une dizaine de cas semblant, disait-il, se rapporter à une forme clinique non encore décrite. Spillmann et Benech ont observé, dernièrement, un cas d'ictère avec syndrome méningé; leur observation se rapporte en tout point à la description clinique de M. Guillaïn: symptomatologie bruyante, alarmante même dès les premières heures et qui gardera son caractère alarmant pendant presque toute l'évolution de la maladie.

Quelle est la pathogénie de cette infection? Dans le cas actuel elle paraît assez facile: infection grippale chez un surmené, un nerveux dont le tube digestif n'était pas de toute solidité (à plusieurs reprises crises d'entérite et douleurs tenaces dans l'hypocondre droit). L'axe cérébral et le foie du sujet étaient tout désignés pour l'infection. Cette explication pourrait suffire à interpréter bien des cas de ce genre. Les auteurs ne pensent pas, comme M. Guillaïn, qu'il faille faire de cette maladie une septicémie spéciale; ils seraient plutôt disposés à considérer ces cas comme des gripes à début méningé, avec infection généralisée consécutive. Il ne semble donc pas nécessaire de décrire une nouvelle variété d'ictère infectieux. Mais il est évident qu'une observation de ce genre, dont on ne possède que de rares exemples, mérite de retenir l'attention, ne serait-ce que pour éviter les erreurs de diagnostic.

E. FEINDEL.

GLANDES A SÉCRÉTION INTERNE et SYNDROMES GLANDULAIRES

409) Classification des Glandes à Sécrétion interne et des produits qu'elles sécrètent, par E. GLEY. *Presse médicale*, n° 60, p. 605, 23 juillet 1913.

L'auteur établit une classification physiologique des glandes à sécrétion

interne et des produits qu'elles sécrètent. Une classification de ce genre, d'après lui, constitue surtout matière à réflexion, à constatation d'incertitudes. Il s'y pose des problèmes, il s'y éveille des hypothèses suscitant des vérifications et suggérant des idées de recherches.

E. F.

410) **Sécrétion externe et Sécrétion interne**, par AUGUSTE PETTIT. *Presse médicale*, n° 57, p. 573, 12 juillet 1913.

Le trait spécifique de la sécrétion consiste dans l'expulsion hors de la cellule des produits élaborés par le cytoplasma. Ces produits, au sortir des éléments qui les ont formés, peuvent tomber, soit à l'extérieur, soit dans le milieu intérieur. Cette dualité de destination des produits de sécrétion établit une distinction formelle entre les glandes à sécrétion externe et les glandes à sécrétion interne.

Ces deux groupes de glandes sont ainsi absolument différenciés l'un de l'autre. Cependant, il existe entre eux des transitions. C'est le cas, notamment, pour les plexus choroides, glandes sécrétant le liquide céphalo-rachidien. Ils peuvent être considérés comme des glandes à sécrétion externe, mais à destination interne. Ils constituent ainsi un type mixte.

En dehors de ce fait il existe d'autres transitions. L'évolution ontogénique et phylogénétique de certaines glandes à sécrétion interne plus ou moins différenciées (hypophyse, surrénale, pancréas, foie) établit objectivement la possibilité de transformation de la glande exocrine en glande endocrine.

Or, dans les deux cas, la matière même de la sécrétion est soumise à une loi commune, quant à sa genèse et à sa morphologie; son expulsion hors de la cellule est subordonnée vraisemblablement à des conditions physico-chimiques très comparables; la caractéristique des deux catégories de glandes réside donc uniquement dans la répartition des produits d'élaboration; alors que dans les acini les produits de ségrégation se collectent à proximité du canalicule excréteur, dans la glande endocrine, au contraire, les vaisseaux deviennent manifestement les centres d'ordonnement des élaborations cytoplasmiques.

Telles sont les conditions caractéristiques des deux catégories de glandes, à ce point fondamentales que le passage de l'exocrine à l'endocrine, et *vice versa*, de l'endocrine à l'exocrine s'accompagne toujours d'une transformation complète dans l'ordonnement des produits d'élaboration de la cellule glandulaire.

E. FEINDEL.

411) **Les Glandes à Sécrétion interne dans l'Empoisonnement expérimental chronique par l'Alcool**, par GUIDO GARBINI. *Annali del Manicomio provinciale di Perugia*, an V, fasc. 3-4, p. 327-352, juillet-décembre 1911.

Hypophyse, thyroïde, surrénales réagissent au toxique et finissent par s'épuiser et se scléroser; la fonction de l'ovaire et du testicule est altérée par l'alcool.

F. DELENI.

412) **Contribution à l'Anatomie Pathologique des Glandes à Sécrétion interne dans quelques formes de Maladies Mentales**, par ARTURO GORRIERI (de Cogoleto). *Rivista sperimentale di Freniatria*, vol. XXXIX, fasc. 2, p. 263-349, 30 juin 1913.

Les recherches histologiques de l'auteur montrent que les glandes à sécrétion interne se trouvent bien plus souvent altérées dans les maladies mentales que chez les sujets ayant succombé dans les hôpitaux à des affections diverses. Ces

lésions sont surtout accentuées dans les cas de troubles psychiques accompagnés d'intoxication lente et graduelle et dans tous ceux où la nutrition est altérée. La forme des lésions ne présente aucun caractère spécifique. Aucune maladie mentale ne comporte d'altération de sorte déterminée ni d'un degré donné de gravité, et toujours c'est du côté des vaisseaux que se rencontre le maximum des altérations. Enfin, les lésions ne portent pas sur telle ou telle glande, mais sur plusieurs, ce qui tient aux relations qui existent entre toutes.

F. DELENI.

413) **Sur l'existence d'une nouvelle Glande à Sécrétion interne**, par N. PENDE (de Palerme). *Riforma medica*, an XXIX, p. 589-591, 31 mai 1913.

Il s'agit d'un organe glandulaire lobulé, siégeant au voisinage des parathyroïdes, dont le volume surpasserait de plusieurs fois celles-ci, et dont l'activité serait considérable à un certain stade de l'évolution intra-utérine.

F. DELENI.

414) **Les Fonctions de la Glande Pinéale, Expériences et essais d'Opothérapie Pinéale**, par CHARLES L. DANA, WILLIAM-N. BERKELEY, H.-H. GODDART et WALTER-S. CORNELL. *Medical Record*, n° 2218, p. 835, 10 mai 1913.

Travail fort étendu ayant pour point de départ une observation d'une grande rareté : fibrosarcome remplaçant la glande pinéale chez un homme de 40 ans. Le fait intéressant est que le sujet ne présentait aucun trouble trophique, contrairement à ce qu'on voit dans les cas de tumeur pinéale dans le jeune âge : adiposité, accélération de la croissance du corps et des organes génitaux.

Les auteurs passent en revue et discutent ce qui concerne l'anatomie, la physiologie, la pathologie de la pinéale et passent à leurs expériences d'injection d'extrait et d'ingestion de pinéale chez des animaux jeunes ; ils ont obtenu une notable accélération de la croissance des sujets, qui prenaient un aspect florissant. L'opothérapie pinéale, chez des arriérés légers, donna une amélioration de l'état physique et de l'état mental, rien n'étant obtenu chez les idiots.

THOMA.

415) **L'Insuffisance Pluriglandulaire totale tardive et les Syndromes Pluriglandulaires**, par H. CLAUDE et H. GOUGEROT. *L'Encéphale*, an VIII, n° 8, p. 97-105, 10 août 1913.

Les auteurs reprennent la description clinique des sujets masculins, qui jusqu'alors normaux ont perdu, après un épisode morbide plus ou moins précis, leurs caractères de sexualité et d'activité. Ils sont devenus des impuissants, des asthéniques pigmentés, des obèses plus ou moins œdmatiés et dépilés, des hypotendus polyuriques. L'anatomie pathologique a démontré la réalité, dans cette forme, de lésions généralisées des glandes à sécrétion interne, de nature à diminuer la valeur fonctionnelle de celles-ci, comme les investigations cliniques permettaient de l'affirmer.

Les auteurs se sont proposé de mettre en relief, dans la description de ce type d'insuffisance pluriglandulaire totale, la simultanéité sinon dès le début, tout au moins à la période d'état, de la déchéance fonctionnelle de la plupart et parfois de toutes les glandes endocrines. C'est cette généralisation du processus biologique qui fait l'intérêt du syndrome, lequel se distinguera de la sorte de diverses formes d'insuffisances glandulaires qui sont caractérisées par l'atteinte

de quelques glandes seulement, *insuffisance pauciglandulaire*, ou des cas complexes de dystrophies glandulaires où, à côté d'insuffisances fonctionnelles de certaines glandes, on observe l'activité vicariante d'autres organes.

A l'heure actuelle, à côté des grands syndromes du myxœdème, de l'addisonisme, du basedowisme, on est donc en droit de placer ce type d'*insuffisance pluriglandulaire totale*.

La notion de la participation simultanée de plusieurs glandes à sécrétion interne à la constitution de certains types nosologiques, distincte des formes cliniques bien différenciées antérieurement, paraît établie actuellement sur un assez grand nombre de faits anatomo-cliniques. Il n'y a pas que des syndromes glandulaires isolés et purs (myxœdème, addisonisme) ; il existe des syndromes complexes qui résultent de dysfonctions pluriglandulaires. Grâce à une observation de plus en plus précise et scientifique, on arrivera à reconnaître la nature de chacun de ces syndromes, à rectifier la nomenclature de beaucoup d'observations anciennes où une seule insuffisance pluriglandulaire paraissait en cause.

Lorsque l'on possédera une technique permettant d'apprécier exactement, de mesurer dans chaque cas, la capacité fonctionnelle de chaque glande, on pourra opposer à ces états morbides d'origine glandulaire une thérapeutique réellement rationnelle.

E. FEINDEL.

416) **Sur un cas de Syndrome pluriglandulaire endocrinique**, par A. AUSTREGESILLO, MARIO PINHEIRO et EDUARDO MARQUES (de Rio de Janeiro). *L'Encéphale*, an VIII, n° 2, p. 150-156, 10 février 1913.

Exemple complet et typique de syndrome pluriglandulaire. On retrouve chez ce malade la marche lente et progressive d'une intoxication d'origine endogène. Rien d'anormal jusqu'à 13 ans. A ce moment, apparaissent des troubles de la vue d'abord à gauche, puis à droite, et ces troubles s'accroissent au point que le malade présente une cécité presque complète.

La coloration des téguments, l'habitus extérieur, la chute progressive des cheveux et des poils, l'asthénie, la faiblesse de la pression sanguine, la surdité progressive, l'atrophie testiculaire, les troubles mentaux récemment apparus, tout dénonce un grave et irrémédiable déséquilibre des fonctions endocriniques, une intoxication progressive de cause cachée qui s'étend comme une tache d'huile sur une feuille de papier, en viciant toutes les sources vitales de l'organisme.

On trouve dans l'analyse clinique de l'observation les éléments qui appartiennent aux insuffisances thyroïdienne, surrénale, hypophysaire, testiculaire.

Le travail comporte, comme appendice confirmatif, l'examen anatomique des glandes à sécrétion interne, ultérieurement pratiqué.

E. FEINDEL.

417) **Contribution à l'étude anatomo-clinique des Syndromes Pluriglandulaires**, par MARCEL SOURDEL. *Thèse de Paris*, n° 428, 332 pages. Vigot frères, édit., Paris, 1912.

A côté de la maladie d'Addison, du myxœdème, du goitre exophtalmique, de l'acromégalie, il existe des états voisins que les travaux récents tendent à mettre sur la dépendance des lésions simultanées de plusieurs glandes à sécrétion interne.

Au point de vue pathogénique et thérapeutique, il y aurait intérêt à étudier de très près ces affections. Mais il ne paraît pas possible, actuellement, de superposer dans chaque cas particulier la clinique et l'anatomie pathologique.

L'auteur s'est proposé de réunir dans son travail un certain nombre d'observations dans lesquelles les mêmes symptômes se retrouvent sans avoir la prétention d'en faire des syndromes absolument distincts. Cette ébauche de classification suffit à mettre un peu d'ordre dans cette catégorie d'affections et peut faciliter les recherches ultérieures, qui donneront une autonomie de plus en plus précise aux divers syndromes pluriglandulaires. E. F.

418) Nouvelles recherches sur une Sécrétion interne du Testicule, par VALENTINO BARNABO. *Il Policlinico* (sez. chirurgica), an XX, fasc. 4, p. 463-492, avril 1913.

L'auteur démontre la réalité d'une sécrétion interne du testicule par des expériences d'injections de bouillie orchitique, et surtout par celles de parabiose entre animaux châtrés et animaux entiers. Mais, après résection déférentielle, le testicule ne produit plus les substances qui rendent inutile l'hyperfonction de l'hypophyse ou en font rétrocéder l'hypertrophie. Il y a donc lieu de douter que les cellules interstitielles puissent pourvoir, toutes seules, à l'élaboration de la sécrétion interne du testicule. F. DELENI.

419) A propos du Mémoire de Valentino Barnabo intitulé : Nouvelles recherches sur la Sécrétion interne du Testicule, par A. MARRASSINI (de Pise). *Il Policlinico* (sez. chirurgica), an XX, fasc. 6, p. 279-288, juin 1913.

Article de polémique dans lequel l'auteur rappelle ses travaux et met en valeur les opinions qu'il soutient. F. DELENI.

420) Note sur les Lipoides des Ovaires (en roumain), par C. PARHON, G. DUMITRESCO et C. NISSIPESCO. *Spitalul*, n° 8, 15 avril 1909.

Les auteurs insistent sur le rôle des lipoides des glandes génitales dans le déterminisme des caractères sexuels secondaires et de l'instinct sexuel. Ils donnent l'interprétation suivante pour la différenciation des sexes au point de vue du système pileux.

Armand Gauthier a admis le rôle de l'iode et de l'arsenic fournis à l'organisme par la glande thyroïde et qui chez la femme s'éliminent par le sang menstruel tandis que chez l'homme ils s'éliminent par l'épiderme et ses annexes et favorisent le développement du système pileux. La femme, qui perd ces corps par le sang menstruel, reste glabre. Cette explication ne donne pas la raison de l'état glabre des enfants des deux sexes et de l'homme châtré avant la puberté. Parhon et ses collaborateurs font intervenir les lipoides des glandes génitales qui sont absents ou trop peu abondants chez les enfants des deux sexes et qui manquent forcément chez l'homme châtré. L'iode et l'arsenic peuvent intervenir en se combinant avec les lipoides, d'autant plus que Drechsel trouva que l'iode des poils se trouve en pareille combinaison. L'hypertrichose de certaines femmes aménorrhéiques ou gravides qui n'éliminent pas leurs lipoides ainsi que celle des tumeurs surrénales, glandes très riches en lipoides, corrobore la manière de voir plus haut exposée.

Les auteurs étudient ensuite les réactions colorantes et histo-chimiques des lipoides des ovaires ainsi que l'action des différents dissolvants des graisses, tels que l'alcool, l'éther, le xylol, le benzène, l'acétone. A.

421) Sur les Lipoides des Glandes Génitales, leur importance dans la Physiologie, la Pathologie et la Thérapeutique, par C. PARHON, G. DUMITRESCO et C. DAN. *Revista Stiintelor medicale*, n° 11, novembre 1912.

Parhon et Goldstein sont les premiers auteurs qui, dans leurs travaux sur les sécrétions internes, aient attiré l'attention sur l'importance physiologique des lipoides des glandes génitales mâles; Parhon, avec Dumitresco et Nissipesco, a insisté sur le rôle des lipoides ovariens et essayé de donner une explication sur la manière dont ces substances interviennent dans la différenciation des sexes au point de vue du système pileux. Iscovesco a repris ensuite ces recherches. Parhon, Dumitresco et Dan, d'autre part, ont essayé de provoquer la puberté précoce chez de jeunes idiots avec les lipoides des glandes génitales (testicules pour le garçon, ovaires pour la fille) ou des surrénales. Ces recherches, continuées peut-être trop peu de temps, n'ont pas abouti à un résultat positif; par contre, ils ont pu provoquer la menstruation après quinze injections de lipoides ovariens chez une jeune fille épileptique âgée de 15 ans et pas encore réglée.

Ils ont observé aussi que l'injection de lipoides testiculaires chez des jeunes chiens ou chats provoque le développement du tissu sexuel dans le pénis de ces animaux, qui se trouvent fort en avance sur les témoins à cet égard. A.

422) Étude histologique et physiologique des effets produits sur l'Ovaire par les Rayons X, par A. LACASSAGNE. *Thèse de Lyon*, 1913, 255 pages, Rey, éditeur.

Après indication de la technique employée, l'auteur étudie les modifications histologiques de l'ovaire qui évoluent en cinq périodes : 1°) Période de disparition des follicules lésés. — 2°) Période de régression de la glande interstitielle. — 3°) Période de reconstitution partielle de cette glande. — 4°) Période d'évolution des follicules éventuellement épargnés. — 5°) Période de stérilisation définitive.

Les éléments épithéliaux — ovocytes et cellules folliculeuses — sont très sensibles à l'irradiation; mais ils sont inégalement sensibles, selon le stade d'évolution que l'on considère. La radiosensibilité des cellules des diverses espèces, qu'on rencontre dans l'ovaire, n'est sous la dépendance ni de leur origine, ni de leur âge, ni de leur position dans la lignée dont elle font partie, ni du nombre des générations cellulaires qui leur succéderont. La loi de radiosensibilité des cellules, formulée par Bergonié et Tribondeau, ne trouve donc pas son application dans l'ovaire.

Les processus histologiques qui se déroulent au cours de la dégénérescence des follicules, après l'action des rayons X, sont généralement semblables à ceux qui ont été antérieurement décrits à propos de l'atrésie physiologique et de l'atrésie consécutive aux maladies générales, intoxications, etc. L'autolyse a une importance prédominante, tant pour les ovocytes que pour les cellules folliculeuses, quel que soit le stade de l'évolution du follicule auquel la dégénérescence commence. L'invasion leucocytaire est presque toujours très faible et souvent nulle. Dans les follicules à épithélium pluristratifié non encore ou peu cavitaires, les cellules folliculeuses, beaucoup moins radiosensibles que l'ovocyte, envahissent ce dernier, et leurs noyaux montrent le phénomène de la caryoanabiose. A partir du stade à épithélium multistratifié, jusqu'au stade d'achèvement, l'ovocyte ne disparaît qu'après avoir manifesté des symptômes de division. Lorsque l'irradiation a laissé subsister des follicules primaires, ceux-ci restent

sans évoluer pendant plusieurs mois et lorsqu'ils évoluent, les malformations intéressent surtout l'épithélium folliculaire.

Ces follicules malformés, ou bien ne sont pas déhiscent, ou leur ovule n'est pas fécondé ou donne un produit abortif. Par contre, des follicules d'ovaire irradiés peuvent fournir des ovules féconds. Les follicules malformés peuvent être le point de départ de la formation ultérieure de corps jaunes rudimentaires ou malformés.

Les rayons X ne provoquent pas directement la destruction de la glande interstitielle; celle-ci continue son évolution normale. Mais en supprimant les follicules et en faisant cesser l'atrésie physiologique, l'irradiation tarit la source principale de cette glande temporaire et entraîne consécutivement son atrophie par absence de remplacement des cellules vieilles.

La glande interstitielle peut se reconstituer partiellement aux dépens des cellules conjonctives du stroma cortical de l'ovaire, qui se différencient individuellement en cellules interstitielles. Cette glande est une formation temporaire, dont les éléments sénescents sont remplacés au fur et à mesure par des éléments jeunes. La disparition des follicules après l'irradiation met en évidence des formations épithéliales nouvelles dans la zone corticale et qui sont des follicules sans ovules.

Beaucoup de lapines irradiées sont entrées quand même en rut. Il faut et il suffit d'un seul gros follicule ou d'un seul kyste dans un ovaire, pour que l'animal puisse entrer en rut. Ainsi, les corps jaunes, la glande interstitielle et même l'épithélium folliculaire n'interviennent pas dans le mécanisme du rut. Le rut est provoqué par une excitation nerveuse produite par l'action mécanique des follicules ovariens, dès qu'ils ont acquis une certaine taille (théorie de Pouchet-Pflüger).

La stérilisation définitive des ovaires par les rayons X, difficile chez les petits mammifères (lapin), est presque impossible chez les chiennes à cause de la situation trop profonde de l'organe. Il faudrait employer des doses fortes de rayons X, incompatibles avec l'intégrité des autres organes traversés par les rayons (peau, tube digestif).

Chez la femme, où l'ovaire est encore plus profondément situé, la stérilisation des ovaires par ce procédé doit être, en l'état actuel de la technique radiologique, considérée comme impossible.

P. ROCHAIX.

423) **L'Ovariogreffe**, par H. TUSSEAU. *Thèse de Lyon*, 1913, 264, p. 5, Auray, imprimeur.

L'ovariogreffe, française d'origine, a été étudiée surtout à l'étranger et en particulier en Angleterre et aux Etats-Unis. Elle est, à l'heure actuelle, plus biologique que médicale et s'autorise des connaissances modernes sur : 1°) la régénération des tissus — 2°) la greffe des organes — 3°) les sécrétions internes.

Il convient de distinguer : la greffe ovarienne expérimentale pratiquée sur les animaux et la greffe ovarienne chirurgicale sur la femme.

L'ovariogreffe expérimentale est du domaine de la biologie, à laquelle il reviendra d'examiner la valeur réelle de la greffe ovarique et de préparer les applications chirurgicales qui ont été trop hâtives. Un contrôle physiologique s'impose. Les différentes variétés d'ovariogreffes peuvent se grouper en trois catégories : 1° les ovariogreffes autoplastiques, qui sont les plus simples, les plus vigoureuses et dont les résultats histologiques aussi bien que physiologiques sont les plus constants; 2° les ovariogreffes homoplastiques, qui reprennent plus

difficilement mais sont acceptées, quant à leurs applications pratiques, par la majorité des auteurs; 3° les ovariogreffes hétéroplastiques, qui n'auraient aucune valeur. Ces dernières auraient cependant donné à l'auteur quelques « amorces » de reprise.

L'ovariogreffe chirurgicale est représentée dans la littérature médicale par 290 observations, de valeur inégale, et il convient d'accepter avec réserve les résultats les meilleurs. De leur examen critique, il faut retenir les faits suivants : Un greffon ovarien auto ou homoplastique peut reprendre, se développer. Il vivra même loin de la zone génitale et donnera très vraisemblablement des ovules. Il sera soumis à des poussées congestives qui coïncident avec des débâcles menstruelles. Il ne provoquera aucun accident si la technique opératoire a été respectée.

L'ovariogreffe pourra assurer chez la femme, comme elle l'assure chez les animaux, la fonction sexuelle de ponte ovulaire préparant une grossesse qui évoluera normalement. Cependant ces greffes génitales paraissent encore trop osées. Elle assurera la fonction endosécrétoire qui prévient les troubles d'hypovarie ou d'anovarie pathologiques ou post-opératoires. En pareil cas, la greffe sous-cutanée est suffisante. Elle a l'avantage d'être facilement contrôlée et enlevée. Les poussées congestives en traduisent la vitalité et en autorisent l'indication.

P. ROCHAIX.

DYSTROPHIES

424) **Deux cas de Myxœdème consécutif à une Infection aiguë de l'Enfance. Intégrité d'une Glande Parathyroïde dans une autopsie**, par CH. ACHARD et FR. SAINT-GIRONS. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hop. de Paris*, an XXIX, n° 28, p. 298-308, 16 octobre 1913.

Si la symptomatologie du myxœdème est bien connue, il n'en va pas de même de son étiologie. Les deux cas relatés ici semblent nettement d'origine infectieuse, post-morbillieux dans le premier cas, consécutif au rhumatisme articulaire aigu dans l'autre. Chez le premier malade, l'affection a évolué avec une remarquable chronicité, respectant très longtemps ses fonctions génitales et son intelligence ; le traitement thyroïdien a eu des résultats certains, notamment sur le développement du système pileux, mais éphémères. Enfin chez ce malade, l'on a pu, à l'autopsie, constater, à côté de l'absence absolue de corps thyroïde, l'intégrité histologique d'une glande parathyroïde.

Cette constatation présente un intérêt réel ; en effet, si Roussy et Clunet ont montré l'intégrité des parathyroïdes dans le myxœdème congénital, il n'existe qu'une observation de cet ordre concernant le myxœdème aigu de l'adulte : c'est le cas de Forsyth. Ce cas concerne un homme de 58 ans, qui avait eu dans l'enfance la scarlatine et la rougeole, et dont le myxœdème n'avait débuté qu'à l'âge de 54 ans. A l'examen histologique, Forsyth trouva que le tissu parathyroïdien contenait beaucoup de colloïde et avait une tendance marquée à l'ordinaïon en vésicules analogues à celle du corps thyroïde ; il admit en conséquence que la parathyroïde s'était modifiée et fonctionnait avec suractivité pour suppléer en quelque sorte l'insuffisance thyroïdienne. Roussy et Clunet, discutant cette interprétation de Forsyth, admettent, pour son cas et pour ceux qu'ils ont observés personnellement, une indépendance complète sous le

triple rapport embryologique, anatomique et physiologique, entre le corps thyroïde et les glandes parathyroïdes. L'observation actuelle confirme entièrement cette manière de voir; la parathyroïde examinée était en hyperplasie très légère, mais on ne peut dire qu'elle était le siège d'une suractivité fonctionnelle destinée à suppléer à la sécrétion absente du corps thyroïde. Il est donc permis de conclure que, dans le myxœdème acquis de l'adulte, comme dans le myxœdème congénital par agénésie du corps thyroïde, les parathyroïdes sont, en général, en état d'intégrité anatomique.

Le deuxième malade a présenté un myxœdème fruste, mais qui tire son intérêt clinique de ce qu'il coexistait avec un rhumatisme chronique progressif.

La coexistence du myxœdème et du rhumatisme chronique déformant pose d'une façon assez suggestive la question des rapports entre le corps thyroïde et cette maladie. Il semble bien que, chez le petit malade, la maladie causale ait été un rhumatisme articulaire aigu, bien qu'il n'ait pas laissé de lésion cardiaque constituée. Il paraît très probable que le myxœdème a été lié à une thyroïdite rhumatismale; cela serait un nouvel exemple des relations qui unissent le rhumatisme aigu aux lésions thyroïdiennes et que M. Vincent a particulièrement étudiées. Il est, par contre, malaisé de savoir si le rhumatisme chronique déformant a découlé directement du rhumatisme articulaire aigu, ou s'il a été, comme le myxœdème, une conséquence de la thyroïdite: on sait, en effet, qu'il est des rhumatismes chroniques progressifs liés à l'hypothyroïdie, et sur lesquels Léopold-Lévi a attiré l'attention à plusieurs reprises. Le traitement thyroïdien, doublement indiqué, contre le myxœdème et contre le rhumatisme chronique, n'a pas donné de résultats suffisants pour que l'on puisse résoudre la question par l'argument thérapeutique.

E. FEINDEL.

425) Recherches histologiques concernant le Système Nerveux dans trois cas de Myxœdème spontané, par R. BRUN et F.-W. MOTT. *Proceedings of the Royal Society of Medicine of London*, vol. VI, n° 8. *Section of Psychiatry*, p. 75-100, 11 mars 1913.

Il s'agit de trois cas de myxœdème dans lesquels étaient apparus des troubles du côté du vague, troubles qui entraînèrent la mort.

Les lésions cellulaires constatées dans les noyaux bulbaires, du vague surtout, furent considérées comme étant de caractère subaigu et secondaire.

THOMA.

426) Un cas de Myxœdème avec trouble particulier de la Vue, par M. JANKOWSKY. *Société de Psychiatrie*. Saint-Petersbourg, séance du 26 janvier 1913.

Le malade, 36 ans, myxœdémateux, percevait les lignes verticales parallèles comme des lignes courbes; après le traitement, les phénomènes de myxœdème, en général, et le symptôme oculaire, en particulier, commencèrent à s'effacer.

SERGE SOUKHANOFF.

427) A propos de l'Association de l'Acromégalie au Myxœdème, par LUIGI MILLIONI (de Padoue). *Riforma medica*, an XXIX, p. 1078, 1107 et 1132, 27 septembre, 4 et 11 octobre 1913.

Depuis la découverte des deux dystrophies, on s'est surtout préoccupé de mettre en opposition leurs éléments symptomatiques. L'observation actuelle, réunissant en un même sujet l'acromégalie et le myxœdème dans leurs

expressions typiques, montre que leur rapprochement, aux points de vue clinique, anatomique et pathogénique, est également possible.

F. DELENI.

428) **Deux cas d'Adipose douloureuse**, par L. BABONNEIX et Mlle SPANOWSKY. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hop. de Paris*, an XXIX, p. 432-437, 31 octobre 1913.

Présentation de deux cas d'adipose douloureuse, curieux, l'un par le volume énorme des masses lipomateuses, l'autre, au contraire, par les dimensions restreintes de chacune et leur nombre relativement considérable. Une simple comparaison permet de saisir les analogies et les différences qu'il y a lieu d'établir entre ces deux malades.

Le premier cas réalise la forme dite nodulaire, et le second la forme diffuse des classiques, dite encore segmentaire ou segmentaire rhizomélisque. Toutefois, comme le font remarquer les auteurs qui se sont le plus occupés de cette affection, il n'y a pas lieu de tracer, entre ces deux formes, de ligne de démarcation infranchissable. Chez la première des malades, en effet, il existe à la partie postéro-interne des jambes des masses lipomateuses diffuses, mal limitées, et, inversement, chez la seconde, on peut trouver, au milieu de l'infiltration graisseuse la plus étendue, des nodules assez bien localisés.

Le premier cas est complet, dans le second cas la symptomatologie est très fruste et, des quatre symptômes considérés comme cardinaux pour les classiques, il en est au moins deux, l'asthénie et les troubles psychiques, qui sont très peu marqués.

En ce qui concerne les relations possibles de l'adipose douloureuse avec l'altération, organique ou fonctionnelle, d'une glande à sécrétion interne, la seule à incriminer ici, serait l'ovaire. Dans les deux cas, mais surtout dans le second, il y a eu, en effet, des manifestations nettes d'insuffisance ovarienne. On a vu, d'ailleurs, la maladie de Dercum survenir chez de toutes jeunes femmes, à la suite d'une double ovariectomie.

E. FEINDEL.

429) **Lipodystrophie progressive**, par F. PARKES WEBER. *Proceedings of the Royal Society of Medicine of London*, vol. VI, n° 8. *Neurological Section*, p. 127, 22 mai 1913.

La caractéristique de cette évolution morbide, propre aux femmes, est la disparition progressive du tissu graisseux à la face, aux extrémités supérieures et au tronc, alors que l'aspect des fesses et des membres inférieurs demeure sans changement.

L'auteur a vu plusieurs cas de ce genre et il note leurs rapports avec l'adipose segmentaire des membres inférieurs (Laignel-Lavastine et Viard) et le trophœdème (Meige).

THOMA.

430) **Trophœdème chronique tardif**, par GEREST et MARCONNET. *Soc. des Sciences méd. de Saint-Étienne*, 18 juin 1913. *Loire médicale*, p. 303, 13 septembre 1913.

Homme chez qui l'œdème de la jambe aurait débuté il y a un an. Peu à peu, le membre inférieur gauche augmentait de volume sans fièvre, sans douleur, sans gêne notable de la marche. L'œdème a commencé par la racine du membre; il a des alternatives d'augmentation ou de diminution sous l'influence de la fatigue ou du repos.

Actuellement, le membre inférieur est augmenté de volume dans sa totalité, y compris le dos du pied ; il s'agit d'un œdème dur, blanc et indolent des téguments. La région des veines crurales n'est pas sensible à la pression ; l'œdème ne fait pas de godet ; la peau ne peut être plissée entre les doigts comme du côté sain.

On ne trouve pas d'hérédité dans les antécédents. D'autre part, l'affection n'est pas congénitale ; elle est survenue tardivement, à l'âge de 26 ans ; les cas signalés au-dessus de cet âge sont très rares. A l'examen du corps thyroïde de ce sujet, on constate la présence d'un petit noyau dur du volume d'un gros pois ; mais, en dehors de ce fait, il n'existe aucun signe d'insuffisance thyroïdienne ; on ne saurait donc imputer la pathogénie de ce trophœdème à une dystrophie thyroïdienne. On songe plus volontiers à un trouble d'origine sympathique, vu que le malade présente un poulx lent reconnaissant vraisemblablement lui-même une origine sympathique.

E. FEINDEL.

NÉVROSES

431) **Les Névroses Traumatiques**, par R. BENON (de Nantes). *Gazette des Hôpitaux*, an LXXXVI, n° 98 et 101, p. 1535 et 1591, 30 août et 6 septembre 1913.

Revue générale. Il y a plusieurs variétés de névroses ou psycho-névroses traumatiques. L'auteur en reconnaît quatre principales. La première est l'asthénie traumatique prolongée (neurasthénie traumatique curable) pouvant passer à l'asthénie traumatique chronique. Dupuytren en a laissé une excellente description. C'est la forme qui retient les préoccupations des médecins légistes.

L'hyperthermie anxieuse traumatique (forme nouvelle) est une variété de peur, d'anxiété morbide post-traumatique, anxiété tantôt continue, tantôt intermittente. Elle est entretenue par l'évocation de l'accident, elle s'accompagne de cauchemars très pénibles et elle aboutit quelquefois à un état hallucinatoire terrifiant ; elle évolue habituellement vers la guérison.

L'hypocondrie traumatique, troisième forme, d'après R. Benon, est caractérisée cliniquement par l'état d'inquiétude, de préoccupation, de tristesse qu'engendrent chez un blessé les sensations et idées liées à la blessure elle-même. Comme l'hyperthymie anxieuse, l'hypocondrie est une forme d'anxiété morbide post-traumatique. D'autre part, elle est semblable cliniquement à l'hypocondrie en général, dont elle n'est qu'une variété à étiologie particulière, le traumatisme.

En quatrième lieu, l'auteur place la sinistrose de Brissaud. C'est pour lui un syndrome hyperthymique, d'intensité variable, assez spécial et complexe, lié à l'accident subi par le sujet « assuré » ; elle est caractérisée avant tout par la crainte que les symptômes éprouvés ne disparaissent pas et que l'indemnisation ne soit nulle ou insuffisante. Cette inquiétude pathologique, cet état passionnel morbide est à rapprocher de l'hyperthymie anxieuse et de l'hypocondrie post-traumatiques. On pourrait peut-être l'appeler encore l'hyperthymie inquiète des sinistrés.

En dernier lieu, R. Benon mentionne les crises hystériques survenant après les traumatismes physiques. Elles se présentent avec leurs caractères habituels

récemment précisés à nouveau par J. Tastevin : énervement, serrement à l'épigastre et à la gorge, sensation de boule œsophagienne, chute avec ou sans obnubilation, contorsions, cris, notion plus ou moins vague de ce qui se passe et enfin apparition des pleurs. L'amnésie de la crise est une rareté.

Ces crises hystériques s'associent presque toujours à d'autres états psychopathiques post-traumatiques, par exemple à l'hyperthymie anxieuse, à la neurasthénie, etc. Elles n'aggravent pas le pronostic.

E. FEINDEL.

432) Névroses traumatiques. I^{re} partie : Conséquences des lésions de la Tête, par AXEL NEEL. *Thèse de Copenhague*, 1912, 215 pages.

Selon l'opinion de l'auteur on voit paraître, après lésion de la tête, ou après accidents accompagnés d'un ébranlement considérable, un syndrome clinique particulier. Ce syndrome est composé de céphalalgie, vertige, affaiblissement de la mémoire et, quelquefois, d'altérations du caractère. Ces cas ne sont pas d'origine psychogène; vraisemblablement ils sont produits par lésions organiques localisées suivies d'hypertension intracrânienne. En tout cas, on ne connaît point les altérations diffuses minimales dans le cerveau, c'est pourquoi on n'y sait pas trouver d'explication satisfaisante.

C.-M. WÜRTZEN.

433) Cas de Dystonie musculaire déformante d'Oppenheim, par I. ABRAHAMSON. *New-York neurological Society*, 12 novembre 1912. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, p. 38, janvier 1913.

Nouveau cas de névrose de torsion. Il concerne une petite juive de 13 ans et commença par des spasmes de la main droite l'empêchant d'écrire. Les spasmes s'étendirent à la main gauche, puis aux deux jambes dans la station et dans la marche. Celle-ci est pénible, avec attitude en scoliose et lordose légère. Un nouveau cas de torsion spasmodique vient d'être présenté par Hænisch à la *Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* (10 novembre 1913).

THOMA.

434) Paralysie agitante et Goitre, par CARL SCHÖTZ. *Medicinsk Revue*, 1912, p. 759.

La coïncidence des deux phénomènes indique avec vraisemblance qu'il existe une action réciproque entre les différentes glandes à sécrétion interne. Pour l'auteur, comme pour Lundberg, il s'agit dans la paralysie agitante d'une insuffisance de la glande parathyroïde.

C.-M. WÜRTZEN.

435) Migraine Ophtalmique, par FROMENT et GENET. *Soc. méd. des Hop. de Lyon*, 20 mai 1913. *Lyon médical*, 1^{er} juin 1913, p. 1189.

Les auteurs rapportent la curieuse auto-observation d'un tzigane italien. Le malade est un névropathe, ayant eu vers 14-15 ans des crises épileptiques nocturnes et présentant des troubles dyspeptiques et du surmenage sexuel; anciennes lésions oculaires conjonctivales; l'examen clinique ne décèle aucune lésion organique du système nerveux, ce qui permet de rassurer le malade, car le symptôme isolé n'a aucune gravité par lui-même.

P. ROCHAIX.

PSYCHIATRIE

ÉTUDES GÉNÉRALES

BIBLIOGRAPHIE

- 436) **Foi et Superstition dans l'Ancien Temps**, par BROV GADELIUS (première partie). Stockholm, 1912, 263 pages avec illustrations.

Ce volume contient les chapitres suivants : le moyen âge et sa psychologie, la religion et l'hystérie, le diable, religion et maladie mentale. Contribution à la connaissance de l'hygiène populaire. La foi au démon, l'obsession, les pactes avec le diable.
C.-M. WÜRTZEN.

- 437) **Caractère et Nervosité**, par KOLLARITS (Budapest, clinique du professeur GENDRASSIK, Berlin, Springer, 1912, 250 pages).

Série de leçons académiques de psycho-pathologie générale. Kollarits cherche à démontrer que la nervosité n'est pas une maladie, mais une propriété (*Eigenschaft*) du caractère, héréditaire, jusqu'à un certain point normale, une hérédio-anomalie, souvent, mais non toujours, une hérédio-dégénération.

Les propriétés de caractère de la vie organique et anorganique sont comparables entre elles et dépendantes. D'où il ressort que le caractère est, en général, une propriété physico-chimique, et que le caractère de l'homme et la nervosité sont des propriétés héréditaires physico-chimiques du système nerveux.

Kollarits accepte la notion de nervosité au sens vulgaire du mot, qui comprend sous ce vocable la neurasthénie, l'hystérie et quelques manifestations nerveuses aux limites de l'aliénation mentale (paranoïa, manie, mélancolie, troubles maniaco-dépressifs). Les fonctions de l'organisme peuvent varier de la normale sous formes d'hyper-, d'hypo- et de dysfonction. Les conditions des manifestations vitales normales et anormales sont spécifiques et non-spécifiques. La condition spécifique est habituellement considérée comme cause, la non-spécifique comme moment auxiliaire.

Ces conditions peuvent être extérieures ou intérieures, exogènes ou endogènes. Les endogènes sont tératologiques et ont pris naissance endogénétiquement chez les ascendants.

La lésion endogène est spécifique et univoque. Les lésions exogènes peuvent être spécifiques et non-spécifiques.

La maladie est une manifestation vitale exogène anormale. L'hérédio-anomalie est une manifestation vitale endogène anormale. L'hérédio-dégénération est une hérédio-anomalie avec vice de conformation (*Bildungsmangel*); l'hérédio-amélioration, une hérédio-anomalie avec développement anormalement bon.

Comme la nervosité se manifeste dans les actes nerveux, il faut étudier les actions et mouvements chez l'homme sain et aussi dans les degrés inférieurs du monde organique et dans le monde anorganique.

C'est l'étude du caractère d'où nous dérivons la nervosité. C'est ainsi que nous trouvons la réponse à la question si la nervosité est une maladie.

Des considérations biologico-philosophiques fortement imprégnées des idées de Le Dantec et de saint Augustin sont la démonstration de ces prémisses.

Kollarits admet que neurasthénie, hystérie, paranoïa, manie, états dépressifs, mélancolie, etc., ne sont pas délimitables théoriquement et souvent aussi pratiquement. Ce ne sont pas des entités différentes, mais des types de même ordre, qui peuvent rentrer dans l'ensemble des propriétés héréditaires, soit dans la dégénération héréditaire. Considérations sociales et ethniques. Etude de la prophylaxie de la nervosité.

M. TRÉNEL.

PSYCHOLOGIE

438) **Les Profils Psychologiques**, par ROSSOLIMO (de Moscou). *Klinik für Psychische und nervöse Krankheiten*, 6 avril 1911.

Deuxième partie d'un travail sur les courbes (profils) tracées sur les ordonnées de onze éléments (attention, volonté, attention volontaire, mémoire (optique, acoustique, numérique), perception, combinaison, discernement (*Fin-digkeits*), imagination, observation) en prenant diverses moyennes :

1° Hauteur moyenne du processus ;

2° Hauteur moyenne du premier groupe, formé par les deux premiers processus ;

3° Hauteur moyenne du deuxième groupe, formé par les deux suivants (avec les trois variétés du quatrième) ;

4° Hauteur moyenne du troisième groupe (les cinq derniers processus) ;

5° Pourcentage moyen des oublis.

D'où la formule :

P (profil) a (hauteur moyenne) = $[t$ (tonus) $a + m$ (attention) $a + as$ (processus d'association) $a] + 0 \%$ (pourcentage des oublis).

Exemple : la formule des arriérés est $P 3,4 = (2,2 + 4,4 + 3,4) + 43,3 \%$.

Celle de la paralysie générale : $P 5 = (3,8 + 4,9 + 5,5) + 43,6 \%$.

Sont donnés les profils des diverses espèces d'arriérés, de la paralysie générale, de l'artério-sclérose, de la syphilis cérébrale, de la psychose de Korsakoff, de la paralysie agitante, de l'épilepsie, de la névrose traumatique.

M. TRÉNEL.

439) **Nouvelle méthode d'Investigation expérimentale de la Fonction de la Parole et son application à la Psychologie**, par SKOROUMOFF. *Revue (russe) de Psychiatrie, de Neurologie et de Psychologie expérimentale*, janvier-février 1913.

L'auteur souligne la signification des courbes obtenues par l'enregistrement des mouvements de l'os hyoïde.

SERGE SOUKHANOFF.

440) **Étude Psychologique dans un cas d'Alcoolisme**, par BIRSTEIN. *Psychothérapie (en russe)*, février 1913.

L'auteur pense que l'alcool détermine parfois, d'une manière très nette, des manifestations de réaction dans la sphère inconsciente.

SERGE SOUKHANOFF.

441) **Sur quelques Illusions dans le Champ des Sensations Tactiles**, par A. GEMELLI (de Turin). *Archives italiennes de Biologie*, vol. LIX, fasc. 1, p. 110-134, 10 mai 1913.

L'étude des illusions tactiles est de nature à mettre en lumière quelques-uns des facteurs de la perception spatiale ; leur comparaison avec les illusions

visuelles peut amener à connaître la similitude, ou les différences, des lois des perceptions de l'espace dans les deux champs sensoriels. Dans sa série actuelle d'expériences, Gemelli fait les constatations suivantes : si l'on compare deux espaces, l'un vide (limité par deux pointes appuyées sur l'avant-bras), l'autre occupé (par une ligne de plusieurs pointes), le premier est surévalué ; un trait (tranche de carton entre les deux excitations extrêmes) est surévalué par rapport à plusieurs traits, de même dimension et parallèles ; l'appréciation de la distance entre deux pointes varie avec la grandeur du stimulus (tranche de carton) placé perpendiculairement à la ligne qui les réunit.

L'auteur ne tire pas de conclusions fermes de ces expériences ; il se borne à reconnaître que les facteurs qui entrent dans la détermination de ces illusions sont beaucoup plus nombreux qu'on ne le pense communément.

Le rapport entre les illusions optico-géométriques et les illusions tactiles est trop incertain pour que les explications données des premières puissent convenir aux secondes ; mais il semble bien que ce ne soit pas uniquement dans des faits physiologiques, mais plutôt dans des processus psychiques supérieurs, qu'il faille chercher l'origine de ces illusions.

F. DELENI.

SÉMIOLOGIE

442) **De l'influence de Wernicke sur la Psychiatrie clinique**, par le professeur LIEPMANN. *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, t. XXX, 1911.

Panégyrique de Wernicke utile à lire, comme exposé d'une œuvre obscure, il est vrai, mais grande et trop peu connue en France.

Depuis dix ans, la psychiatrie allemande, dans ses grands traits, n'a pas suivi les voies tracées par Wernicke et pourtant on ne saurait trop apprécier l'influence de Wernicke sur l'état actuel de la psychiatrie ; quoique sa classification et sa nomenclature ne soient adoptées que par un petit nombre d'adhérents, l'esprit de son enseignement en a été un facteur essentiel.

La psychiatrie de Wernicke est une pathologie cérébrale, non pas anatomique, mais physio-pathologique. Ce fut son gigantesque labeur d'assujettir toute la vie psychique et tous les troubles aux concepts de physiologie et de physio-pathologie du système nerveux. Westphal est l'initiateur de la symptomatologie somatique de la psychiatrie, mais c'est Wernicke et son école qui en ont systématisé l'étude. Il a approfondi l'étude des signes physiques en foyer, mais aussi des symptômes psychiques en foyer. Il fut localisateur quand il divisa tout le processus psychique en trois domaines, le psycho-sensoriel, l'intra-psychique et le psycho-moteur, et qu'en chacun il distingua l'hyperexcitabilité, l'hypo-excitabilité et la para-excitabilité. Chacun de ces trois troubles, dans chaque domaine, produit une désorientation du malade. Et comme le contenu de la conscience se divise en conscience de la corporalité, du monde extérieur et de la personnalité, il en ressortit trois espèces fondamentales : les troubles somato-psychiques, intra-psychiques et auto-psychiques.

Dans sa classification des psychoses, Wernicke établit en premier principe qu'elle doit ressortir à la nature de l'organe malade, par conséquent à la nature d'un appareil nerveux. L'étiologie ne vient qu'en second lieu, car les mêmes causes produisent des actions différentes (les variétés d'action de l'alcool) et des causes différentes des actions semblables (la psychose de Korsakoff). Il a raison

en principe, mais il ne tient nul compte de l'évolution; c'est pourquoi sa classification n'a pas eu de succès. Mais, du moins, il a été le contrepoids aux classifications trop absolues.

Parmi les faits qu'il a le mieux analysés, il faut citer : les psychoses de la motilité, la notion de la perplexité dans les psychoses aiguës, les phénomènes de déficit et d'excitation, des symptômes résiduels, les idées prévalentes, l'amentia, etc.

Pour Wernicke, le mot psychose a un autre sens que pour la plupart des auteurs : c'est l'ensemble des modifications psychiques qui proviennent du trouble d'une fonction nerveuse fondamentale et non une maladie dont l'unité est donnée par la cause, la marche et la terminaison.

Comparant la psychiatrie de Wernicke à celle de Kræpelin, Liepman les caractérise en disant : « L'élément de Wernicke est l'espace (das Raümliche)... La psychiatrie de Kræpelin se meut plutôt dans le temps... ».

M. TRÉNEL.

- 443) **Nouvelles recherches sur les Rapports de l'Art et de la Folie.** par CARLO PARIANI (de Florence). *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, vol. XVIII, fasc. 4, p. 209-273, avril 1913.

Travail d'une très grande importance et pour ainsi dire unique au point de vue documentaire. C'est l'histoire d'un dessinateur de talent que la folie maintint quarante ans dans un asile d'aliénés. Pendant presque tout ce temps il ne cessa de produire des œuvres remarquables (40 figures).

F. DELENI.

- 444) **Signification clinique de l'état du Liquide Céphalo-rachidien dans les Maladies Nerveuses et Mentales**, par MORRIS-J. KARPAS (de New-York). *The Journal of the American medical Association*, vol. LXI, n° 4, p. 262, 26 juillet 1913.

L'auteur passe en revue les modifications du liquide céphalo-rachidien dans les maladies nerveuses et mentales et énumère les états morbides donnant lieu aux modifications du liquide céphalo-rachidien.

THOMA.

- 445) **L'Insomnie des Psychopathes. Recherches quantitatives sur l'Échange des Substances Puriniques**, par LUIGI ROMOLO SANGUINETI. *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, vol. XVII, fasc. 10, p. 628-639, octobre 1912.

L'auteur cherche à démontrer que l'insomnie nerveuse est l'effet d'une intoxication. Les éléments de cette intoxication sont l'acide urique et les purines.

Il faut donc, pour faire dormir un psychopathe, lui administrer non pas un hypnotique, mais un antiurique; et, en effet, l'auteur a fait dormir très rapidement des insomniaques en leur donnant de l'acide phényl-chinolin-carbonique, médicament que l'on conseille dans le traitement de la goutte.

F. DELENI.

- 446) **Sur quelques rapports entre le Cerveau, les Glandes Génitales et l'organisme**, par LOMER. *Archiv für Psychiatrie*, t. LI, fasc. 2, p. 578, 1913 (8 pages).

Étude de statistique comparée du poids de ces organes chez les aliénés. Tableaux.

M. T.

- 447) **Contribution à la connaissance de l'influence de l'Otite moyenne sur le cours de certains Troubles Psychiques**, par A. ILIINE. *Assemblée scientifique des médecins de l'Hôpital de Notre-Dame des Affligés à Saint-Petersbourg*, séance du 27 mars 1913.

D'après les observations de l'auteur, l'otite moyenne, s'associant à une psychose déjà présente, modifie le cours de cette dernière, provoquant les hallucinations auditives, olfactives et gustatives et aussi les idées hypochondriaques.

SERGE SOUKHANOFF.

- 448) **Statistique des cas de Mort dans l'Asile de Hall (Tyrol) et les causes de mort**, par PLASELLER. *Archiv für Psychiatrie*, t. LI, fasc. 2, 1913, p. 387 (30 pages).

Statistique locale. A retenir le chiffre des paralytiques 24,88 % (population surtout urbaine prédominante dans ces cas). Suite d'une observation de maniaque (dépressif) du traité de Kraft-Ebing.

M. TRÉNEL.

- 449) **Opération de la Cataracte suivie d'Auto-Mutilation chez une Aliénée**, par A. RODIET et P. DALMAS. *Progrès médical*, p. 580, 8 novembre 1913.

Femme de 67 ans, présentant un état mélancolique greffé sur un fond de dégénérescence mentale qui explique le besoin d'exagérer en paroles et en actes les souffrances éprouvées (mythomanie et pathomanie) avec idées hypochondriaques, idées de culpabilité, idées de persécution et bouffées d'anxiété.

A cause de cet état, la malade, souffrant de gastralgie, se nourrit avec tous les aliments défendus par le médecin; atteinte d'une bronchite grave, elle se promène pieds nus et s'expose, la poitrine découverte, à la température froide; opérée d'une cataracte, elle s'oppose à la cicatrisation de la plaie, en comprimant son œil et en faisant jaillir l'humeur vitrée hors de l'iris.

Avec ces aliénés sujets à des réactions dangereuses pour leur propre personne, on ne saurait prendre trop de précautions, car ils arrivent toujours à échapper aux soins des infirmiers les plus attentifs. Bien que la suppression de tous les moyens de contention soit maintenant admise, même chez les aliénés les plus agités, la camisole de force ou, mieux, le maillot de Magnan est un vêtement qui rend les plus grands services, dans certains cas où il faut neutraliser l'effort du malade contre lui-même. Chez la malade de cette observation, un moyen de contrainte énergique employé pendant tout le temps nécessaire après l'opération, aurait peut-être évité une mutilation volontaire qui a échappé à la surveillance du personnel infirmier et du médecin.

E. FEINDEL.

- 450) **Auto-Émasculatation dans un Raptus Anxieux. Rôle de la Suggestion étrangère**, par DUPRÉ et MARMIER. *III^e Congrès de Médecine légale*, Paris, 24-27 mai 1913.

Les cas d'auto-mutilation génitale sont relativement fréquents. Le cas actuel se distingue des observations analogues par certains points intéressants.

Il s'agit d'une auto-émasculatation, accomplie impulsivement dans un raptus anxieux, au cours d'un état de dépression mélancolique simple, non délirante; l'observation est intéressante par le contraste qui existe entre l'atrocité de la mutilation et le caractère fruste et effacé des manifestations morbides jusqu'alors présentées par le sujet.

Au moment de l'acte sont intervenus plusieurs facteurs qui, insuffisants par eux-mêmes, jouèrent, par leur association dans le paroxysme anxieux, un rôle

décisif : préoccupations hypocondriaques génitales, et surtout influence de la suggestion étrangère qui oriente le geste mutilateur sur les organes sexuels. L'influence de la suggestion étrangère apparaît ici d'autant plus remarquable qu'elle s'exerce en dehors de toute idée délirante antérieure, mais lors d'une éclipse momentanée du jugement chez un sujet non débile, qui n'a cessé, depuis, d'apprécier correctement le caractère absurde et irréparable de son acte.

E. FEINDEL.

- 431) **L'Hérédité Vésanique Similaire**, par GEORGES DEMAY. *Revue de Psychiatrie*, t. XVII, n° 4, p. 133-149, avril 1913.

Travail très documenté. L'auteur montre comment les opinions ont changé : autrefois considérée comme très rare, l'hérédité similaire est aujourd'hui tenue pour fréquente, en ce qui concerne du moins la psychose maniaque dépressive et la démence précoce ; la prédisposition à l'une excluant la prédisposition à l'autre, et inversement, les deux formes psychiques n'ont rien de commun.

Dans toute cette question, l'évolution des interprétations semble d'ailleurs avoir suivi celle des doctrines.

Sur 14 cas personnels de psychoses familiales, l'auteur a noté 5 fois la similitude et 9 fois la dissemblance. Il ne lui semble donc pas que l'hérédité similaire soit la règle. Sans conclure, il fait ressortir les difficultés du problème, et il montre combien l'application des lois de Mendel à la clinique mentale comporte d'incertitudes.

E. FEINDEL.

- 432) **Les Psychoses Névralgiques et Migraineuses**, par VASCO FORLI. *Il Policlinico (sez. pratica)*, an XX, fasc. 49, p. 668, 11 mai 1913.

Revue concernant les troubles psychiques ayant les douleurs pour origine. L'auteur oppose leurs caractères à ceux des psychoses épileptiques ; à son avis, l'épilepsie n'a rien de commun avec la migraine.

F. DELENI.

- 433) **Un cas de Délire résiduel**, par ZETLINE. *Journal (russe) de Neurologie et de Psychiatrie du nom de S. S. Korsakoff*, 1913, livraison 1.

Il s'agit d'un malade de 42 ans, chez lequel, durant une année, existèrent des hallucinations auditives, des idées délirantes et de la mauvaise humeur ; la psychose terminée, il persista des idées fausses reliées au souvenir de la maladie.

SERGE SOUKHANOFF.

- 434) **L'Immigration et la Prophylaxie de l'Aliénation mentale**, par THOMAS-W. SALMON (de New-York). *Boston medical and surgical Journal*, vol. CLXIX, n° 9, p. 297-301, 28 août 1913.

L'auteur montre que c'est une question de santé publique et de défense nationale que d'empêcher l'immigration des sujets dont l'esprit est malade.

THOMA.

ÉTUDES SPÉCIALES

PSYCHOSES CONSTITUTIONNELLES

- 435) **Le Génie Littéraire et la Folie Maniaque dépressive. Considérations particulières sur le cas de Dean Swift**, par EVA CHARLOTTE REID (de Washington). *Medical Record*, n° 2203, p. 243, 8 février 1913.

Étude et diagnostic de la folie de Dean Swift, bien reconnue de tous ceux qui l'approchaient habituellement et de lui-même.

THOMA.

- 436) **Note sur la Valeur Pronostique des Hallucinations dans la Psychose Maniaque dépressive**, par EDMUND-M. PEASE (de Waverley). *American Journal of Insanity*, vol. LXIX, n° 1, p. 119-123, juillet 1912.

Étude statistique d'où il semble résulter que les cas de psychose maniaque dépressive où les hallucinations existent guérissent plus facilement que les autres. Cependant, les cas avec hallucinations récidiveraient un peu plus facilement. Toutefois, cette différence entre les cas avec ou sans hallucinations n'est pas très importante au point de vue du pronostic.

THOMAS.

- 437) **Psychose Maniaque dépressive chez des Jumeaux**, par CESARE PIANETTA (de Brescia). *Rivista italiana di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia*, vol. V, fasc. 12, p. 535-546, décembre 1912.

A propos de son observation, l'auteur discute le terme de folie gémellaire; dans son cas il ne s'agit pas de folie maniaque dépressive gémellaire, mais de folie maniaque dépressive chez deux jumelles.

F. DELENI.

- 438) **Traumatisme, Paraplégie et Dyssthénie périodique**, par R. BENON et P. DENÈS (de Nantes). *Gazette médicale de Nantes*, an XXXI, n° 41, p. 801-806, 11 octobre 1913.

Cette observation est un nouvel exemple de dyssthénie périodique post-traumatique; elle présente en plus un intérêt médico-légal. Elle concerne un journalier qui subit, le 12 décembre 1910, des traumatismes multiples, notamment une fracture du fémur droit. Plaies de la région lombaire vers le quinzième jour et troubles sphinctériens. Après la consolidation de la fracture, phlébite double. Après guérison de la phlébite (avril 1911), paraplégie avec déformation des pieds en varus équin. Guérison des plaies des reins et des troubles sphinctériens vers novembre 1911. Persistance de la paraplégie. En février 1912, phénomènes d'excitation maniaque avec violences. Placement à l'asile le 29 mai. *État somatique* : paraplégie complète, flasque, réflexes rotuliens faibles, mais nets, pas de troubles sphinctériens, pas de clonus, pas de Babinski. *État mental* : hypomanie avec irritabilité très marquée; chants, rires, idées de grandeur, attendrissement, colères, violences; par intervalles paraît abattu. *Indemnité versée* par la compagnie d'assurances : quatorze cents francs. Congénitale, débilité intellectuelle.

Au point de vue somatique, l'hypocondrie ou hystérie traumatique n'est pas en cause. Il ne saurait être question non plus de paraplégie d'origine médullaire. Le médecin traitant porta ce diagnostic parce qu'il y avait eu chute sur le dos, parce qu'il considéra comme des escharres les plaies du dos, et enfin parce qu'il observait des troubles sphinctériens. Ce diagnostic doit être écarté à ce jour, car il n'y a ni exagération des réflexes, ni clonus, ni signe de Babinski, ni troubles sphinctériens. Les plaies du dos se sont développées sans doute sous l'influence du décubitus horizontal nécessaire au traitement de la fracture de cuisse.

Il ne s'agit pas de névrite périphérique secondaire à la phlébite double; les réflexes rotuliens sont en effet conservés, on n'est pas en présence de pieds-bots phlébitiques; d'après l'examen électrique, il y a, en effet, atrophie musculaire plutôt par immobilisation que par dégénérescence névritique.

L'état psychique est nettement celui de l'hypomaniaque. Il ne peut s'agir ici de bouffées délirantes chez un prédisposé : les idées de grandeur sont surajoutées à l'état hypersthénique fondamental. Le malade est-il toujours hypoma-

niaque? A-t-il des périodes d'asthénie? Revient-il par périodes à son état sthénique normal? Il est difficile d'affirmer un diagnostic plutôt qu'un autre. Ce qui est probable, c'est que ce blessé a fait de l'asthénomanie secondaire traumatique.

Il a fallu beaucoup de temps pour préciser l'observation de ce blessé; les témoignages de la famille, du sujet, du médecin traitant étaient souvent contradictoires. Le diagnostic d'hypomanie n'a pu être porté qu'après plusieurs mois d'examen. Au point de vue médico-légal, il faut remarquer la faiblesse de l'indemnité obtenue par le blessé : quatorze cents francs. E. FEINDEL.

459) **Hémoptysies congestives sans Lésions Pulmonaires dans un cas de Folie à double forme**, par ALIX et DUNAN (de Fains, Meuse). *Bull. de la Soc. clinique de Méd. mentale*, an VI, p. 291-294, juin 1913.

Les auteurs signalent le cas d'un malade atteint de folie à double forme chez lequel la crise d'excitation est précédée d'hémoptysies qui se produisent deux ou trois jours avant la crise, sans qu'on puisse relever de lésion pulmonaire.

E. F.

460) **Des Injections associées d'Iodure de Sodium et de Cacodylate de Soude en particulier dans les États Mélancoliques**, par J. CHAMPION. *Presse médicale*, 21 mai 1913, p. 419.

On connaît l'action sédatrice de l'iodure de sodium injecté contre certains phénomènes douloureux. Ce n'est pas qu'il soit analgésique, mais il semble faire tomber les localisations morbides. Les substances irritantes, reprises par la circulation, peuvent y être détruites ou s'éliminer.

L'auteur a cherché à aider ces phénomènes de destruction ou d'élimination par l'emploi de l'arsenic, médicament capable de précipiter la désagrégation des albuminoïdes.

Il a obtenu, par l'union de l'iodure et du cacodylate, une action puissamment tonique, étant entendu que tonifier l'organisme, c'est le débarrasser des substances toxiques qui l'encombrent.

Cette médication mixte peut être utilisée dans une foule de cas différents. Mais, dans les états mélancoliques, il y a une action vraiment particulière. Les résultats sont frappants. Le traitement essentiel est l'injection dans la fesse de 2 centigr. d'iodure de sodium et de 5 à 10 centigr. de cacodylate de soude. Ces médicaments sont administrés ensemble tous les deux jours ou alternés chaque jour. Souvent on aura recours à un traitement adjuvant, qui comporte l'hydrothérapie et un médicament calmant, l'iconogène.

L'auteur donne des observations démonstratives de mélancoliques guéries par cette méthode, insistant sur ce fait que ses malades, sauf une, ont guéri sans changer de milieu. Les guérisons sont-elles définitives? C'est beaucoup qu'elles soient complètes, fût-ce momentanément.

E. F.

461) **Influence de l'Entourage sur la Formule de certains Délires Mélancoliques**, par M. BRIAND et VINCHON. *Annales médico-psychologiques*, an LXXI, n° 2, p. 198, février 1913.

Observations de malades vivant en commun. On constate que des idées délirantes passent de l'une à l'autre, voyagent, pour ainsi dire, en zigzag; certaines arrivent à se fixer, avec une solidité relative, sur le terrain qui les

accueille. Mais ce n'est pas la psychose qui se transmet; seule est contagieuse la formule délirante pour un sujet préparé par son état affectif.

E. FEINDEL.

462) **Délire Hypochondriaque par Interprétations avec Réaction Suicide et Homicide Familial**, par LEROY. *Bull. de la Soc. clinique de Méd. mentale*, décembre 1912, p. 345.

Présentation d'une jeune femme qui a été internée à la suite d'une tentative de suicide collectif. Elle avait tenté de s'asphyxier avec ses deux fillettes, dont l'une est morte. Cette femme, normale jusqu'à trente et un ans, a fait un délire hypochondriaque à la suite de la mort de sa sœur.

Cette observation est intéressante par les multiples interprétations qui ont amené et conduit le délire; une série d'inductions et de déductions l'ont étendu de telle sorte à l'aide d'interprétations des souvenirs anciens, que le mari ne reconnaît plus actuellement les idées de la malade, tant elles se sont amplifiées. La systématisation s'effectue par une cristallisation d'interprétations successives autour de la conception hypochondriaque primitive et prépondérante qui a amené le crime.

E. F.

463) **Récidive d'un Accès Maniaque au bout de vingt-cinq ans**, par LEROY. *Bull. de la Soc. clinique de Méd. mentale*, an VI, p. 156-160, avril 1913.

Présentation d'une malade de 47 ans, avec lourde hérédité morbide, qui fait à 19 ans un premier accès de manie ayant duré quatre mois. Cette femme mène une vie normale pendant plus de vingt ans, gagne sa vie, élève son enfant, puis, vers 40 ans, devient instable, violente, fait des excès alcooliques. A 45 ans, éclosion d'un deuxième accès de manie avec idées de grandeur, comparable au premier accès. Il est accompagné de quelques idées délirantes avec troubles de la cénesthésie, hallucinations auditives et psycho-motrices. Ce deuxième accès persiste depuis deux ans, sans aucune tendance jusqu'ici à l'amélioration. Cette récurrence si éloignée est intéressante; elle se rapproche du cas donné par M. Dupouy à la Société médico-psychologique.

E. F.

464) **Manie chronique**, par R. BENON et P. DENÈS (de Nantes). *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, an XXVI, n° 2, p. 122-126, mars-avril 1913.

La manie chronique n'est pas l'agitation chronique. Les états d'agitation chronique comportent plusieurs variétés. La manie chronique ou hypersthénie chronique est l'agitation maniaque pure chronique; elle doit notamment être différenciée de l'agitation maniaque associée à d'autres syndromes. La manie chronique vraie s'oppose à l'asthénie chronique.

Les auteurs donnent un exemple de manie chronique vraie. Il s'agit d'un homme entré à l'asile en 1878, à 40 ans : mélancolie vraie avec agitation anxieuse. La mélancolie a été remplacée par la manie. Manie chronique certainement depuis 1884 jusqu'à 1912, soit durant vingt-huit ans. Etat d'hypomanie (pas de fureur maniaque). Hypermyasthénie : marche alerte, parole facile et claire, mimique active, gestes vifs, rires, sourires, chants, danses, etc. Excitation intellectuelle très marquée. Mémoire rapide, précise. Attention éveillée, jugement normal, idées érotiques et religieuses, moquerie, bouffonnerie, tendance à la colère, activité tantôt normale, tantôt désordonnée. Collectionnisme, tenue malpropre. Insomnie habituelle. Diagnostic : manie chronique post-mélancolique (mélancolie vraie), ou asthénomanie suivie de manie chronique.

Cette observation est un exemple typique d'hypomanie chronique vraie, pure, non associée à d'autres symptômes ou syndromes. Il n'existe ici que des phénomènes d'ordre hypersthénique.

Comment s'est constitué cet état maniaque chronique ? Voici ce que les auteurs supposent en attendant de le démontrer à l'aide d'autres malades : ce sujet, au cours de sa mélancolie, aurait présenté des phénomènes asthéniques ; la mélancolie a guéri, l'asthénie aussi, mais cette dernière, progressivement, a été remplacée par un état maniaque resté chronique (asthénomanie post-mélancolique compliquée de manie chronique).

Le malade représente un des types de bouffon du temps passé. Il est certain qu'à l'hospice, ce chronique joyeux contribue pour une large part à égayer la collectivité.

E. FEINDEL.

THÉRAPEUTIQUE

465) La mort subite à la suite d'une Ponction lombaire, par MINET. *Soc. de Méd. légale*, 13 octobre 1913.

L'auteur apporte deux observations personnelles de cet accident et il a pu en réunir 34 analogues dans la littérature médicale. Il s'agit le plus souvent de malades atteints de tumeurs intra-craniennes. Dans presque toutes, l'évacuation du liquide céphalo-rachidien a été suivie immédiatement de phénomènes graves, phénomènes qui se sont accentués jusqu'à la mort qui survient quelques heures après.

On a émis, pour expliquer la mort, diverses hypothèses basées sur les résultats d'autopsie. Dans un certain nombre de cas, il s'agit manifestement de congestion *ex vacuo*, car on retrouve des lésions hémorragiques dans les centres nerveux ou dans la tumeur.

Dans d'autres cas, on n'en trouve pas, mais on note que le liquide céphalo-rachidien est resté très abondant dans le crâne et en quantité minime dans le rachis, comme s'il y avait oblitération des voies de communication sous-arachnoidiennes.

Dans d'autres cas, en l'absence de lésions à l'autopsie, on en est réduit à des hypothèses, telles que le choc du cervelet tombant sur le bulbe, d'où production d'accidents rapidement mortels. Enfin, on peut supposer aussi qu'il y a choc bulbaire causé par des phénomènes moteurs intenses amenant des lésions histologiques graves au niveau du bulbe. Cette hypothèse s'appuie sur le fait que, dans le plus grand nombre des cas, la mort survient par arrêt de la respiration avec persistance des battements du cœur, syndrome du vraisemblablement à un choc bulbaire. L'auteur insiste sur la nécessité de prendre les précautions indiquées par Sicard et par lui lorsqu'on pratique une ponction lombaire.

E. F.

466) La Rachianesthésie générale, par JONNESCO. *Bull. de l'Acad. de Médecine*, an LXXVII, p. 201-203, 7 octobre 1913.

L'auteur préconise à nouveau la rachianesthésie haute dont la technique se trouve aujourd'hui très améliorée. L'idéal à atteindre était d'obtenir l'anesthésie parfaite et durable avec le minimum d'anesthésique; autrement dit la méthode devait être parfaitement efficace et sans danger aucun.

La solution du problème se trouve dans cette formule : ponctionner le rachis le plus près possible des racines nerveuses que l'on veut anesthésier; multiplier au besoin le nombre des ponctions pour agir aussi directement que possible sur ces racines. Au lieu, donc, d'injecter des doses relativement élevées d'anesthésique qui, par diffusion, s'étendraient aux racines lointaines, on injectera en deux points, par exemple, deux petites doses d'anesthésique; chaque injection agissant directement et immédiatement sur les racines voisines, l'anesthésie parfaite du champ opératoire est obtenue. L'auteur a donc été conduit à augmenter le nombre de ponctions par lesquelles on peut obtenir l'anesthésie des différentes parties du corps. Il emploie, pour les opérations sur la tête, la ponction médio-cervicale; pour les opérations sur le cou, il se sert de la ponction dorsale supérieure. Quand il s'agit d'opérer sur les membres supérieurs et sur le segment supérieur du thorax, il associe la dorsale supérieure et la dorso-lombaire avec position inclinée. Pour les opérations sur le thorax inférieur et sur l'abdomen, la ponction dorso-lombaire seule suffit. Les laparotomies gynécologiques, les opérations sur la vessie et sur le rectum demandent l'association de la ponction dorso-lombaire avec la lombaire. Les opérations sur les membres inférieurs, le scrotum, les régions inguinales se font bien après ponction dorso-lombaire. La ponction lombaire est réservée aux opérations sur le périnée, la vulve et le vagin.

Les doses de strychnine varient entre $\frac{1}{2}$ et 2 milligrammes, suivant le siège de l'opération, l'âge et surtout l'état général du malade; la dose de stovaine varie aussi entre $\frac{1}{2}$ et 6 centigrammes, suivant le siège de l'opération, donc de la ponction du rachis, l'âge et surtout l'état général du malade. Quand on a recours à deux ponctions associées, on injecte pour chacune des ponctions la moitié de la dose de strychnine et de stovaine jugée nécessaire pour obtenir la parfaite anesthésie du champ opératoire. C'est au chirurgien à constater l'état de son malade et à déterminer la dose nécessaire d'anesthésique; avec un peu de bonne volonté, il y arrive facilement.

La rachianesthésie générale, par sa simplicité, sa bénignité, son efficacité et son manque de contre-indications, est devenue la méthode d'anesthésie de choix, et souvent même exclusive, dans presque tous les services de chirurgie de Roumanie, civils et militaires, et elle doit devenir la méthode d'anesthésie de l'avenir.

A une question de M. Marie, Jonnesco répond que dans les injections hautes, le nerf phrénique est respecté, ce qui assure la continuation de la respiration diaphragmatique, alors que le thorax est immobilisé par la paralysie des nerfs intercostaux. Il paraît y avoir une sorte de sélection pour l'anesthésique dans les régions supérieures, cou et tête; les nerfs moteurs y sont respectés, tandis que les nerfs sensitifs sont paralysés; dans le reste du corps, au contraire, les deux racines motrice et sensitive sont également paralysées.

E. FEINDEL.

467) La Rachianesthésie générale, par JONNESCO (de Bucarest). *XXVI^e Congrès de l'Association française de Chirurgie*, Paris, 6-11 octobre 1913.

Statistique de 11 324 rachianesthésies, dont 1 035 pour opérations hautes (tête, cou, membres supérieurs et thorax) et 10 289 pour opérations basses, (abdomen, périnée, membres inférieurs). Personnellement M. Jonnesco a pratiqué 2 426 opérations, dont 505 hautes, et, depuis cinq ans, il n'a jamais eu recours, pour ses opérations à l'hôpital ou dans sa pratique privée, au chloro-

forme ou à l'éther, ayant pu faire toutes ses interventions à l'aide de son procédé d'anesthésie et cela sans un seul cas de mort, ni aucune complication immédiate ou tardive.

Il a constamment cherché à rendre la méthode aussi innocente que possible, tout en lui gardant son efficacité. Aussi est-il arrivé à obtenir des anesthésies profondes, durables et étendues à tout le champ opératoire, avec des doses minimales d'anesthésique, par la multiplication des ponctions du rachis qui sont faites aussi près que possible des racines nerveuses que l'on veut anesthésier. M. Jonnesco emploie actuellement quatre ponctions, seules ou associées, suivant le siège de l'opération : *ponction médio-cervicale* (entre les III^e et IV^e vertèbres cervicales) pour les opérations sur la tête; *ponction dorsale supérieure* (entre les I^e et II^e vertèbres dorsales) pour les opérations sur le cou; *ponction dorso-lombaire* (entre la XII^e vertèbre dorsale et la I^e vertèbre lombaire), associée à la précédente pour les opérations sur les membres supérieurs et la partie supérieure du thorax, seule pour les opérations sur l'abdomen et les membres inférieurs; *ponction lombaire* (entre les IV^e et V^e vertèbres lombaires), associée à la précédente pour les opérations sur les organes du pelvis, seule pour les opérations sur le périnée.

Les résultats ont été toujours excellents; les complications tardives, si redoutées par les adversaires « quand même » de la méthode, n'existent pas; et la meilleure preuve de sa simplicité, de son innocuité et de son efficacité, c'est que la rachistrychno-stovainisation est devenue la méthode d'anesthésie de choix, et, pour quelques-uns, exclusive, dans presque tous les services de chirurgie de Roumanie, civils ou militaires. Aussi, l'auteur croit-il pouvoir conclure, plus que jamais, que la rachistrychno-stovainisation, qui, à l'encontre du chloroforme et de l'éther, ne connaît aucune contre-indication, deviendra la méthode d'anesthésie de l'avenir.

E. F.

468) **De la Rachianesthésie à la Novocaïne**, par H. BOUQUET (de Béja). *Tunisie médicale*, an III, n° 6, p. 177, juin 1913.

Cette méthode donne toute satisfaction. Elle sera très utile aux médecins du bled, obligés d'opérer sans le secours d'un aide intelligent. E. FEINDEL.

469) **Anesthésie spinale en Gynécologie, en Obstétrique et en Chirurgie abdominale**, par W. WAYNE BARCOCK (de Philadelphie). *The Journal of the American medical Association*, vol. LXI, n° 45, p. 4358, 41 octobre 1913.

En obstétrique, la rachianesthésie facilite la délivrance, rend l'hémorragie moins abondante et supprime la fatigue du cœur et des poumons; d'où son emploi chez les cardiaques et les tuberculeuses. La rachianesthésie est d'une très grande utilité dans la délivrance opératoire des éclampsiques. THOMAS.

470) **Anesthésie locale et spinale en Gynécologie et en Obstétrique**, par GEORGE GELLHORN (de Saint-Louis). *The Journal of the American medical Association*, vol. LXI, n° 45, p. 4355, 41 octobre 1913.

La rachianesthésie est la méthode de choix dans certains cas bien déterminés. THOMAS.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE

DE PARIS

Présidence de M. Charles VALLON.

Séance du 15 janvier 1914.

RÉSUMÉ (1).

I. **Examen du Fond Mental dans les Démences**, par GILBERT BALLET et GENIL-PERRIN.

II. **Pseudo-Surdité Verbale pure chez un Halluciné de l'Ouïe**, par ANDRÉ CEILLIER et THÉOPHILE ALAJOUANINE.

Les auteurs, qui ont étudié les rapports de l'aphasie sensorielle avec l'aliénation mentale, ont montré que ceux-ci pouvaient être de trois sortes : 1° un aphasique sensoriel est pris pour un aliéné ; 2° un aliéné est pris pour un aphasique sensoriel ; 3° l'aliénation mentale et l'aphasie sensorielle organique coexistent. Or les auteurs viennent d'observer un cas qui ne peut être rangé dans aucune de ces trois catégories.

Il s'agit ici d'un sujet chez qui on relève l'existence d'hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale avec idées de persécution et de possession, et qui, de plus, présente un syndrome de surdité verbale pure assez particulier.

Les auteurs donnent l'observation détaillée de leur malade et discutent les causes possibles du syndrome surdité verbale pure. De toutes celles qu'ils examinent (causes auriculaires, cérébrales, psychiques), aucune ne paraît être à elle seule suffisante pour expliquer ce cas de pseudo-surdité verbale pure. Cependant, si aucune n'est suffisante, presque toutes agissent dans le même sens et constituent un obstacle à l'audition verbale.

Les troubles auriculaires jouent certainement un rôle à cet égard, d'abord par la diminution de l'acuité auditive, ensuite par l'existence de bruits subjectifs (bourdonnements, sifflements).

Les hallucinations agissent de la même manière que les bruits subjectifs, et aussi en attirant l'attention du malade sur elles-mêmes.

L'attention du malade est souvent détournée, non seulement par les hallucinations, mais encore par ses méditations sur ses idées délirantes.

Il faut ajouter à ces causes principales (troubles auriculaires, hallucinations, défaut d'attention), comme élément accessoire possible, des modifications circulatoires de l'encéphale. Cette complexité dans les causes explique l'évolution très capricieuse de ce cas de pseudo-surdité verbale pure, les différents éléments pathogéniques pouvant se combiner diversement.

(1) Voy. *Encéphale*, février 1914.

G. BALLET. — Les troubles que présente ce malade dépendent en grande partie de son état de surdité et alors il devient très difficile d'analyser ce qui revient à la surdité verbale et même d'établir s'il y a vraiment de la surdité verbale.

M. VURPAS. — L'objection de M. G. Ballet, je l'ai faite à MM. Ceillier et Alajouanine, et c'est à cause d'elle que je leur ai conseillé d'être réservés sur l'interprétation et d'intituler leur communication pseudo-surdité verbale et non surdité verbale.

III. Troubles Mentaux chez une Femme au cinquième mois de la Grossesse, par ANDRÉ BOUTET.

Cette jeune femme, âgée de 25 ans, est actuellement enceinte de six mois ; elle est internée depuis un mois environ.

D'une part, elle se présente avec les caractères d'une mélancolique probablement intermittente ; d'autre part, il est très vraisemblable qu'elle a, au moins à un certain moment, présenté des symptômes confusionnels ; or, si l'on peut rapprocher dans un rapport de cause à effet la puerpéralité de la confusion mentale, il est bien vraisemblable que, dans les cas de psychose intermittente, la puerpéralité ne joue qu'un rôle restreint de cause occasionnelle. Il semblerait donc y avoir là une dualité ; celle-ci, cependant, serait plus apparente que réelle, car il existe des faits dans lesquels les accès de psychose intermittente, lorsqu'ils surviennent à l'occasion de la puerpéralité, débudent, et le cas est fréquent, par des symptômes confusionnels.

INFORMATIONS

**Congrès international de Neurologie, de Psychiatrie
et de Psychologie.**

BERNE, 7-12 SEPTEMBRE 1914

La Société suisse de Neurologie, en collaboration avec la Société des Psychiatres Suisses, organise un *Congrès de Neurologie, de Psychiatrie et de Psychologie*. Ce Congrès aura lieu à Berne du 7 au 12 septembre 1914, sous la présidence d'honneur de M. le Président de la Confédération suisse.

COMITÉ D'ORGANISATION

MM. P. DUBOIS (de Berne), *président*; P.-L. LADAME (de Genève), *vice-président*; C. VON MONAKOW (de Zurich), *vice-président*; Robert BING (de Bâle), *suppléant*; Ch. BACH (de Bâle), Ed. CLAPARÈDE (de Genève); F.-B. RIKLIN (de Zurich); Rob. WALKER (de Berne); L. SCHNYDER (de Berne), *secrétaire général*; Otto VERAGUTH (de Zurich), *secrétaire général*; B. MANZONI (de Mendrisio), *secrétaire général*.

Le Congrès comprend un comité national suisse et des comités internationaux pour les différents pays.

RÈGLEMENT DU CONGRÈS

I. Le Congrès siégera du 7 au 12 septembre 1914 à Berne. Les séances des différentes sections auront lieu dans le bâtiment de l'Université. Pendant la durée du Congrès, le secrétariat occupera une des salles de l'Université.

Jusqu'à l'ouverture du Congrès, le secrétariat demeurera 34, rue Monbijou, à Berne.

II. Les gouvernements étrangers seront informés de la réunion du Congrès et seront invités à s'y faire représenter.

III. Tous les médecins et savants qui s'intéressent aux questions de Neurologie, de Psychiatrie et de Psychologie pourront se faire inscrire comme membres du Congrès.

IV. Le Congrès est divisé en trois sections :

1. Section de Neurologie.
2. Section de Psychiatrie.
3. Section de Psychologie.

En envoyant leur adhésion au secrétariat, MM. les congressistes sont priés d'indiquer la section à laquelle ils désirent appartenir.

V. La cotisation est fixée à 25 francs pour les membres ordinaires et à 12 fr. 50 pour les membres associés (femmes et enfants de congressistes).

VI. Les souscripteurs recevront après le versement de leur cotisation au secrétariat une carte d'identité qui leur conférera le droit :

- a) de participer à tous les travaux du Congrès;
- b) d'assister aux fêtes offertes aux congressistes en dehors de celles qui pourront être l'objet d'une cotisation spéciale (excursions);
- c) de recevoir un exemplaire du compte rendu des travaux du Congrès;
- d) de bénéficier de tous les avantages offerts aux congressistes (exposition nationale, etc.).

VII. Les langues officielles pour les travaux du Congrès sont : le français, l'allemand, l'anglais, l'italien.

VIII. Les travaux des sections ne seront pas dirigés par des présidents d'honneur, mais par leur bureau ordinaire, désigné par l'organisation du Congrès.

IX. A côté des séances des sections, trois à quatre séances générales seront tenues sous la présidence du président du Congrès.

X. Le président de la section fixera l'ordre des travaux qui sera chaque jour porté à la connaissance des membres du Congrès par le Journal du Congrès.

XI. Dans les séances des sections, les questions faisant l'objet de rapports seront tout d'abord traitées, puis les communications individuelles compléteront l'ordre du jour.

XII. La durée maximum du rapport oral est fixée à 30 minutes. Le rapport écrit peut être plus étendu et correspondre à une conférence d'environ une heure.

Les manuscrits (si possible dactylographiés) doivent être remis à l'un des secrétaires généraux du Congrès, M. le docteur L. Schnyder, à Berné, avant le 15 juillet 1914.

Les auteurs devront envoyer en même temps une analyse exacte de leur rapport, de l'étendue d'une page grand in-8° (maximum 40 lignes). Ces analyses, traduites dans les quatre langues du Congrès, paraîtront chaque matin dans le Journal du Congrès.

XIII. La durée maximum d'une communication est fixée à 15 minutes. Les auteurs sont également priés d'envoyer, avant le 15 juillet 1914, au secrétariat général à Berné, le manuscrit de leur communication aussi concis que possible.

XIV. Les membres qui prennent part à une discussion ont droit à 5 à 10 minutes et ne peuvent parler qu'une fois sur le même sujet.

Un signal optique placé sur la tribune avertira l'orateur qu'il ne dispose plus que de 5 minutes. La répétition du même signal l'avertira qu'il doit terminer son discours.

XV. L'orateur qui a pris part à une discussion est prié de remettre dans les 24 heures au secrétaire de la section le résumé de son discours, faute de quoi une simple mention en sera faite au procès-verbal.

XVI. Quand l'ordre du jour d'une séance n'aura pas été épuisé, la suite en sera remise au lendemain, à moins que le bureau de la section n'en décide autrement.

XVII. Les questions relatives à la succession des Congrès internationaux de Neurologie, de Psychiatrie et de Psychologie, à la fondation d'une Société internationale de Neurologie, etc., seront traitées au cours de la session par les représentants des diverses sociétés désignés à cet effet. Le résultat de ces délibérations sera communiqué aux membres du Congrès à la séance de clôture.

LISTE DES SUJETS DE RAPPORTS ET DES RAPPORTEURS

I. Section de Neurologie.

1. La régénération dans le système nerveux. Professeur ALZHEIMER, de Breslau ; professeur RAMON Y CAJAL, de Madrid.

2. Les voies réflexes dans la moelle et le bulbe. Professeur SHERRINGTON, de Liverpool ; professeur PIERRE MARIE et docteur FOIX, de Paris.

3. Développement et croissance du cerveau. Professeur DONALDSON, de Philadelphie ; docteur EDINGER, de Francfort-sur-le-Mein ; professeur JOHNSTON, de Minneapolis.

4. a) Tabes et paralysie générale depuis la découverte du spirochète. Professeur EHRLICH, de Francfort-sur-le-Mein ; professeur NAGEOTTE, de Paris.

b) Les sels d'Ehrlich dans le traitement des troubles nerveux et mentaux de la syphilis. Professeur CACCO, de Bruxelles.

5. Aphasie et agnosie. Professeur MINGAZZINI, de Rome ; docteur v. STAUFFENBERG, de Munich.

6. Organisation et trajet des voies acoustiques. Professeur WINKLER, d'Amsterdam ; docteur FUSE, de Tokio.

7. Pathologie de l'appareil vestibulaire. Docteur BARANY, de Vienne; deuxième rapporteur non encore désigné.

8. Sécrétions internes et système nerveux. Professeur BIEDL, de Vienne; docteur LAIGNEL-LAVASTINE, de Paris.

9. Les radiculites. Professeur DEJERINE, de Paris.

10. Multiplicité des formes de la sclérose en plaques. Professeur OPPENHEIM, de Berlin.

11. Le problème de la membrane en Neurologie. Professeur ZANGGER, de Zurich.

II. Section de Psychiatrie.

1. La périodicité en psychopathologie. Rapporteurs non encore désignés.

2. La classification en psychopathologie. Professeur GAUPP, de Tubingue; docteur DENEY, de Paris; le professeur GILBERT BALLEET, de Paris, ouvrira la discussion.

3. a) État actuel de la question de la démence précoce. Professeur DUPRÉ, de Paris; docteur STRANSKY, de Vienne.

b) Démence et pseudo-démence. Professeur TAMBURINI, de Rome.

4. Pathogénie et traitement des phobies. Professeur BRCHTEREW, de Saint-Petersbourg; docteur ISSERLIN, de Munich.

5. a) Le rôle de l'émotion dans la genèse des psychopathies. Professeur Jean LÉPINE, de Lyon.

b) Les phénomènes somatiques dans les états psychiques. Professeur HARTMANN, de Graz.

6. Pathogénie et terminaison des psychoses d'effroi. Professeur D'ABUNDO, de Catane; deuxième rapporteur non encore désigné.

7. Troubles mentaux séniles. Professeur REDLICH, de Vienne; docteur ANGLADE, de Bordeaux.

8. Le rôle des ferments de défense en pathologie. Professeur ABDERHALDEN, de Halle; professeur BINSWANGER, d'Iéna; docteur LAMPÉ, de Munich.

III. Section de Psychologie.

1. L'hérédité psychologique. Professeur F.-W. MOTT, de Londres; docteur P. LADAME, de Genève.

2. L'éducation des jeunes délinquants. Professeur FERRARI, d'Imola.

3. La psychologie dans l'école. Rapporteur non encore désigné.

4. Les bases biologiques de la psychologie. Professeur FLOURNOY, de Genève; deuxième rapporteur non encore désigné.

5. Les tests de l'intelligence. Professeur ZIEHEN, de Wiesbaden; docteur SIMON, de Saint-Yon, près Rouen; Mlle DESCŒUDRES, de Genève.

6. Inconscient, conscience et attention. Professeur MORTON PRINCE, de Boston; docteur RIGNANO, de Milan.

7. La psychologie du rêve. Professeur SANTE DE SANCTIS, de Rome; docteur JUNG, de Zurich.

Le Comité d'organisation, désirant éviter l'encombrement du programme scientifique du Congrès, ne pourra admettre qu'un nombre limité de communications individuelles. Les membres qui ont l'intention de présenter un travail au Congrès sont, par conséquent, priés d'en envoyer le titre avant le 1^{er} juillet 1914, au secrétariat général.

S'adresser à M. le docteur L. Schnyder, 31, rue Monbijou, à Berne.

Le Gerant : P. BOUCHEZ.

